

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Bruno Filipe Ormonde Marote de Sousa

PROCESSO VICARIANTE DE TRAUMA E
RESILIÊNCIA NOS ASSISTENTES SOCIAIS

Dissertação no âmbito do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural,
orientada pelo Doutor Manuel João Quartilho e pela Professora Joana
Proença Becker apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra

Janeiro de 2023

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

PROCESSO VICARIANTE DE TRAUMA E RESILIÊNCIA NOS ASSISTENTES SOCIAIS

Ficha Técnica:

Tipo de trabalho	Dissertação de Mestrado
Título	Processo Vicariante de Trauma e Resiliência nos Assistentes Sociais
Autor	Bruno Filipe Ormonde Marote de Sousa
Orientador/a(s)	Manuel João Quartilho e Joana Proença Becker
Identificação do Curso	Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural
Área Científica	Medicina
Especialidade/Ramo	Psiquiatria
Ano	2023

Agradecimentos

Aproveito para agradecer a todos os participantes que tornaram este estudo possível. Especificamente agradeço à Segurança Social da Ilha Terceira e antigas colegas que me auxiliaram a cumprir mais outra fase da minha vida formativa.

Aos meus orientadores Professora Joana Proença Becker e Professor Doutor Manuel João Quartilho pelo incansável acompanhamento, disponibilidade e auxílio.

À minha família, pelo constante apoio e suporte cultivado todos os dias.

Aos meus amigos, pela compreensão das minhas ausências em saídas e companheirismo e risadas nas presenças.

À pessoa especial que igualmente acompanhou um período de muitas transformações na minha vida, bem como pequenas conquistas. Obrigado pela força que me trouxeste todos os dias.

A todo este grupo, obrigado!

Resumo

O Serviço Social é uma área profissional direcionada para a intervenção com situações de vulnerabilidade. A profissão em si pode abranger todos os aspectos complexos da vida do utente, dentro do enquadramento de uma ótica social que se encontra no âmbito das competências do assistente social. Especificamente, o profissional enfrenta situações de violência doméstica, abuso sexual, abuso infantil, toxicodependência, acompanhamento de idosos em vulnerabilidade, problemas relacionados à habitação, auxílio a casos judiciais, apoio a pessoas com problemas de saúde mental, dificuldades financeiras, entre outras. Considerando os potenciais choques com conteúdo traumático que os profissionais dessa área estão suscetíveis, o estudo teve como objetivo verificar a presença de indícios de trauma vicariante, bem como de resiliência vicariante nos assistentes sociais da Ilha Terceira, discutindo tais conceitos e as especificidades da profissão. Para este propósito, foram entrevistados 36 assistentes sociais da região (91,7% do sexo feminino e 8,3% do sexo masculino). O questionário utilizado nas entrevistas incluía perguntas sobre características sociodemográficas e experiências potencialmente traumáticas e as seguintes escalas psicométricas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), PTSD Checklist – 5 (PCL-5) e Escala de Resiliência para Adultos (ERA). Os resultados das escalas demonstraram níveis baixos de sintomas psicopatológicos e níveis altos de resiliência. As entrevistas corroboraram igualmente estes resultados, apontando para a ausência de sinais de trauma vicariante e características que indicam presença de resiliência vicariante. A consciencialização sobre a vulnerabilidade da população assistida e dos potenciais traumas a que esta está exposta demonstrou ser um elemento fulcral, fornecendo-os a inteligência emocional para lidar com situações desafiantes.

Palavras-Chave: assistente social; stress; trauma vicariante; resiliência vicariante.

Abstract

Social Work is a professional area aimed at the intervention in situations of vulnerability. The profession itself can cover all the complex aspects of the client's life, within the framework of a social perspective that is in the competences of the social worker. Specifically, the professional worker faces situations of domestic violence, sexual abuse, child abuse, vulnerable elderly people, drug addiction, housing, assistance in legal cases, assistance in vulnerable cases of mental health, assists cases of financial vulnerability amongst others. Considering the potential shocks with traumatic content that professionals in this area are susceptible, the study aimed to verify the presence of vicarious trauma, as well as vicarious resilience in social workers from Terceira Island, discussing such concepts and the specificities of the profession. For this purpose, 36 social workers from the region were interviewed (91.7% female and 8.3% male). The questionnaire used in the interviews included questions about sociodemographic characteristics, potentially traumatic experiences and the following psychometric scales: Brief Symptom Inventory (BSI), PTSD Checklist – 5 (PCL-5) and Resilience Scale for Adults (RSA). The scale results showed low levels of psychopathological symptoms and high levels of resilience. The interviews also corroborated the data acquired from the scales, pointing to the absence of signs of vicarious trauma and characteristics that indicate the presence of vicarious resilience. Awareness of the vulnerability of the assisted population and the potential traumas to which it is exposed proved to be a key element, providing them with emotional intelligence to deal with challenging situations.

Keywords: social worker; stress; vicarious trauma; vicarious resilience.

Índice

Introdução	6
Capítulo I: Enquadramento teórico.....	8
1. Evento Stressante e Trauma.....	8
1.1 Trauma primário e trauma vicariante	10
1.2 Trauma vicariante.....	11
2. Resiliência	12
2.1 Sinais de resiliência.....	12
2.2 Tipos de Resiliência.....	13
2.3 Resiliência vicariante.....	14
2.3.1 <i>Origens da resiliência vicariante</i>	14
2.3.2 <i>Dimensões da Resiliência Vicariante</i>	15
2.3.3 <i>Resiliência Vicariante como ponte para o combate de trauma</i>	18
3. O Serviço Social e o Trauma	18
Capítulo II: Diálogos sobre stress, trauma e resiliência com os assistentes sociais da Ilha Terceira.....	22
1. Metodologia.....	22
1.1 Participantes	23
1.2 Instrumentos.....	23
1.3 Recolha de Dados.....	25
1.4 Análise de Dados.....	25
2. Resultados.....	25
2.1 Caracterização da amostra	25
2.2 Eventos stressantes antes da profissão	27
2.3 Eventos stressantes durante o exercício da profissão.....	29
2.4 Eventos stressantes durante o exercício da profissão – trauma vicariante	
32	
2.5 Resiliência primária	34
2.6 Resiliência vicariante.....	35
2.7 Escalas psicométricas	38
2.7.1 <i>BSI</i>	38
2.7.2 <i>PCL-5</i>	38
2.7.3 <i>ERA</i>	39
Capítulo III: O processo vicariante nos assistentes sociais da Ilha Terceira	40
1. Discussão e considerações	40
1.1 Trauma vicariante.....	41

1.1.1 <i>Exposição a eventos stressantes vs trauma vicariante</i>	41
1.1.2 <i>Ausência de sintomas de TV</i>	42
1.1.3 <i>Fatores de influência para o desenvolvimento de TV</i>	43
1.2 <i>Resiliência vicariante</i>	44
1.2.1 <i>Compreensão empírica sobre fenómeno de RV</i>	44
1.2.2 <i>“Mas afinal, quais são os fatores para a promoção de RV?”</i>	45
1.2.3 <i>Maior prevalência de RV, em comparação com TV</i>	45
2. <i>Limitações do estudo</i>	46
3. <i>Conclusão</i>	47
Referências Bibliográficas.....	48
Lista de Anexos	62
Anexo I – <i>Consentimento Informado</i>	62
Anexo II – <i>Guião de Entrevista</i>	67
Anexo III – <i>Lista de emoções</i>	69
Anexo IV – <i>Resultados do BSI</i>	70

Introdução

O contexto de trabalho dos assistentes sociais revela ser um ambiente desafiante, marcado pela necessidade de representação de um determinado papel profissional, que inclui a interação com os outros, a execução de conhecimentos técnicos e a rápida resposta e adaptação às mais variadas situações. A necessidade de cumprir suas demandas, mantendo um papel adequado enquanto profissional, pode levar a elevados níveis de stress (Quinn & Nackerud, 2019). Para além desses fatores, o trabalho do assistente social envolve contacto direto com a vida pessoal dos utentes que, através de depoimentos, são confrontados com situações de violência e vulnerabilidade. Considerando a exposição a tais situações e o carácter humanitário do serviço social, que exige uma capacidade empática, pressupõe-se um impacto na vida dos profissionais que pode influenciar seu modo de interpretar e lidar com a própria vida. Diante de eventos marcados pela constante exposição a conteúdo traumático, o assistente social pode desenvolver inicialmente dois tipos de resposta reativas inteiramente opostas e vicariantes (Knight, 2019). A primeira inclui a incidência de trauma vicariante (TV), constituída por manifestações negativas, como fadiga por compaixão, desmotivação, stress, ansiedade, burnout, redução da capacidade de estabelecer relações e decréscimo na taxa de eficiência profissional (Molnar et al., 2017; Cuartero, 2018; Lee & Bride, 2018; Vang et al, 2020). A outra envolve o desenvolvimento de resiliência vicariante (RV), conotada com efeitos positivos da exposição a conteúdo traumático e visualização da atitude resiliente do outro, entre eles: crescimento pós-traumático e satisfação por compaixão (Hernandez-Wolfe et al, 2015; Newell 2020; Killian et al, 2017).

Sobre os assistentes sociais e outros profissionais da área de serviço humanitário, alguns autores (Cunningham, 2003; Didham et al., 2011; Diaconescu, 2015; Fox, 2019) reconhecem fatores de risco, como a perda de concentração, desestrutura emocional ou até aquisição própria de trauma, através da existência de carga excessiva de trabalho e constante exposição a conteúdo traumático. Quanto aos fatores de proteção, são mencionados os efeitos das estratégias de *coping* e suporte organizacional para o evitamento de trauma vicariante (Molnar et al., 2017; Baugerud et al., 2018; Acevedo & Hernandez- Wolfe, 2020).

O presente estudo tem como ótica principal desenvolver os conceitos de trauma vicariante e resiliência vicariante, através da verificação de prevalência de sintomas numa amostra de assistentes sociais residentes na Ilha Terceira. Aborda, primeiramente, o conceito de evento potencialmente traumático (EPT), como o principal fator causal para o desenvolvimento de trauma primário, sendo abordado de seguida as linhas

teóricas de trauma vicariante e resiliência vicariante. É fornecida maior atenção ao conceito de resiliência vicariante, nomeadamente desde as suas origens e dimensões teóricas. As especificidades da profissão de serviço social são exploradas, de modo a avaliar o nível de impacto das experiências dos utentes na vida dos profissionais. O trabalho de campo da investigação com os assistentes sociais, através das entrevistas e escalas psicométricas, permite verificar a presença de sintomas e serve como base de discussão para o desenvolvimento dos conceitos de trauma vicariante e resiliência vicariante, avaliando os seus níveis de prevalência, possíveis causas e consequências, bem como fatores de proteção e risco. Após a apresentação e análise de dados, o estudo apresenta as respetivas conclusões sobre os conceitos do processo vicariante nos profissionais.

Capítulo I:

Enquadramento teórico

1. Evento Stressante e Trauma

Ao longo da vida, a pessoa é exposta a diversos fatores stressantes, alguns considerados potencialmente traumáticos. De acordo com Bonanno e Mancini (2008, p.369), existe uma variedade de diferenças em como os indivíduos respondem a eventos stressantes. Segundo os mesmos, qualquer evento que não se enquadra nas linhas de padrão de “experiências comuns do dia-a-dia” é “potencialmente traumático”, porque nem todos as experienciam como traumáticas. Knipscheer et al. (2020) afirmam que um evento potencialmente traumático (EPT) é um acontecimento com risco de disrupção, devido ao seu caráter de elevado stress, podendo suscitar trauma em caso de resposta emocional negativa do indivíduo. Geralmente, podemos dizer que estamos diante de um EPT quando há exposição do indivíduo a situações de ameaça de morte, lesão, acidente, violência, morte de próximo, entre outros eventos considerados extremos. Em 2016, um estudo apontou que a taxa de exposição a estes eventos durante o percurso de uma vida inteira era de 69% em Portugal (Benjet et al., 2016).

É importante realçar que a situação que representa um estímulo de stress não representa obrigatoriamente um trauma para o indivíduo. A traumatização provocada por um determinado evento depende da relação subjetiva que o indivíduo tem com os estímulos e de como os interpreta. Tal interpretação depende de diversos fatores individuais, como: variáveis de personalidade, história pessoal e clínica do sujeito, funcionamento cognitivo, significado atribuído, estratégias de *coping*, valores, crenças, ambiente em que se inserem e rede de suporte social. Mesmo que dois ou mais indivíduos vivenciem o mesmo EPT, estes irão reagir e lidar de forma diferente (Silva, 2020). A perceção do EPT varia de indivíduo para indivíduo, desencadeando diferentes reações que mais tarde poderão conduzir ao trauma ou a um processo de adaptação. Além dos fatores individuais, a perceção do evento stressante varia de acordo com: o tipo de evento, severidade, duração e intensidade do acontecimento e exposições anteriores (Carleton et al., 2019). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5), para o desenvolvimento de psicopatologias relacionadas ao trauma, basta que o indivíduo esteja exposto direta ou indiretamente a acontecimentos extremos, como por exemplo: morte inesperada de uma pessoa significativa (familiar ou amigo); envolvimento num acidente ou desastre; agressão física; ameaça de morte; lesões significativas ou risco para a integridade (própria ou dos outros); violência sexual; sequestro; ser forçado a abandonar a sua casa ou o país;

exposição a guerra; ataques terroristas; tortura; entre outras situações (APA, 2013). Ainda de acordo com o DSM 5, eventos marcados por violência podem afetar a identidade e bem-estar do indivíduo, sendo essa a razão para o desencadeamento de trauma psicológico. Uma possível explicação seria que, diante de altos níveis de stress, as defesas mentais do indivíduo revelam insuficiência para lidar com a situação, podendo afetar negativamente a sua funcionalidade, suscitando medo ou impotência na pessoa (Brooks et al., 2021).

O trauma psicológico pode ser definido como algo que sobrecarrega o indivíduo a nível emocional, cognitivo e, às vezes, físico, afetando o seu comportamento e a sua maneira de agir no dia a dia. A presença do trauma no indivíduo representa uma transformação em aspetos que constituem a sua identidade, tais como a fé, crenças e valores da pessoa (Arriaga, 2018). De acordo com Madeira (2013), podemos caracterizar a incidência de trauma através de três principais elementos: a experiência traumática é inesperada, há falta de preparo para lidar com essa experiência e há impossibilidade de realizar algo para evitar que aconteça a experiência traumática.

Embora muitos dos indivíduos apresentem sintomas após a exposição a um EPT, é estimado que de 5 a 20% pode vir a desenvolver Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) (Carmassi, 2020; Sidran Institute, 2022; The Recovery Village, 2022). Tal constatação sugere que a maior parte dos que são expostos a EPT apresenta uma funcionalidade normal e estável, sem sintomas ou com gradual diminuição desses no curto ou médio prazo (Hepp et al., 2006).

Vários estudos têm vindo a ser delineados com o objetivo de identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias relacionadas ao trauma. De acordo com Silva (2020), os fatores de risco podem ser classificados como pré-traumáticos (ex: baixo estatuto socioeconómico e educacional, história psiquiátrica ou familiar, história de abusos na infância, baixo nível cognitivo), peri-traumáticos (ex: ameaça de morte ou à integridade física, do próprio ou dos outros; exposição a estímulos traumáticos; severidade do trauma; proximidade ao evento; perda de pessoas significativas; perdas pessoais; carácter súbito e inesperado do evento) e pós-traumáticos (ex: pouco suporte social; elevadas exigências sociais e perda de recursos; sentimentos de culpa e rejeição; manutenção de sintomatologia elevada face ao trauma; outros stressores de vida; consequências físicas; avaliação negativa do evento; estratégias de *coping* menos adequadas como por exemplo, negação ou consumo de substâncias). Assim como o desenvolvimento de psicopatologias desperta o interesse de profissionais e estudiosos sobre os fatores de risco, o facto de muitas pessoas não apresentarem sintomas após

a exposição a eventos extremos tem vindo a gerar uma série de investigações sobre os possíveis fatores relacionados à resiliência (Grove, 2018).

1.1 Trauma primário e trauma vicariante

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) é uma psicopatologia que se desenvolve em indivíduos que experienciam um ou mais eventos chocantes, considerados como uma ameaça ao seu bem-estar ou própria condição humana. Após a vivência deste tipo de evento, o indivíduo com PTSD apresenta uma conjuntura de efeitos psicológicos com caráter negativo. Segundo a “National Institute of Mental Health” (NHIM, 2019), alguns dos efeitos são visíveis pela constante presença do evento na memória subconsciente do indivíduo, resultando em respostas de autodefesa, mesmo a pessoa não estando em perigo. Após um evento traumático pode haver alterações de comportamentos, pensamentos, ideologias e/ou valores morais. Em alguns casos, pode ainda resultar numa conduta autodestrutiva e/ou desencadear outras psicopatologias, entre elas depressão e ansiedade (Shalev et al., 2019). Com sentido simbólico, podemos afirmar o trauma como uma “ferida” localizada numa espécie de “pele/escudo externo” do indivíduo que, por sua vez, o torna mais sensível (Garland, 2018, p.9). Os sintomas de PTSD podem se manifestar logo após o incidente, ou mesmo muitos anos depois, caso exista uma resposta de fuga constante do indivíduo que deixe de ter efeito passado um determinado período (NHS, 2022). Para se levantar a hipótese de PTSD, os sintomas devem durar mais de um mês e causar sofrimento e prejuízo da funcionalidade do indivíduo (ex.: afetar vida social e profissional) (Brewin et al., 2017).

Segundo Hernandez-Wolfe e colegas (2015), trauma primário (TP) e trauma vicariante (TV) apresentam as mesmas características sintomáticas, a diferença estando na maneira como a pessoa adquire o trauma, nomeadamente com contacto direto ou indireto com o EPT. Em situação de contacto direto com o EPT, caso onde o indivíduo acompanha o evento na primeira pessoa, é vítima ou presença, podemos falar da possibilidade de trauma primário. Ao falarmos de TV, por outro lado, referimo-nos a consequência de um contacto indireto com o evento traumático, resultado da interação do indivíduo com outra pessoa que relata um evento traumático vivenciado. Podemos afirmar, assim, de uma relação de transação de sintomas, onde a pessoa com trauma primário é o locutor e o indivíduo que recebe o depoimento é o interlocutor da mensagem (trauma) (Branson, 2019). De maneira comparativa, podemos imaginar o TP como uma doença que “contagiou” o indivíduo recetor da descrição (Boulanger, 2018, p.60).

1.2 Trauma vicariante

Como supracitado, ao contrário do TP, o TV descreve um processo interno de transformação que pode ocorrer como consequência da exposição a histórias traumáticas de outras pessoas (Dombo & Blome 2016). O uso do termo na área de saúde mental teve designação por McCann e Pearlman (1990), com o objetivo de mapear os efeitos complexos do processo de traumatização, fatores de risco, bem como consequências nocivas nos profissionais em trato de utentes. As mudanças provocadas pelo TV detêm uma rede complexa de influências podendo alterar o interior do indivíduo no estado emocional, o estabelecimento de inter-relações, a capacidade de confiança, a segurança, a identidade e até os valores morais, em consequência da empatia com vítimas traumatizadas. A camada de traumatização vicariante pode ser visionada como uma transação inconsciente do trauma da vítima para o profissional, com base na interação (Cohen & Collens, 2013). O ouvir experiências traumáticas leva a reações emocionais no ouvinte, reações que podem ser exacerbadas diante do acesso a informações adicionais, como as re-atações do trauma vistas em imagens e registos médicos (Byrne, Lérias, & Sullivan, 2006. Citado por Maguire & Byrne, 2017)

O TV reflete os efeitos psicológicos do resultado da interação com material traumático. Tal como qualquer interação com eventos stressantes, indivíduos expostos a material traumático podem sofrer um choque inicial de sintomas negativos, mas nem todos revelam perduração no tempo, no sentido de desenvolverem TV e, assim, PTSD. A vulnerabilidade do indivíduo exposto ao material traumático pode variar de acordo com as características pessoais do mesmo, bem como com o seu ambiente de trabalho (Bakhshi et al., 2021).

Características pessoais do profissional são apontadas como um dos fatores que influencia tanto o processo de resiliência como a ocorrência de TV. Gestão da vida pessoal, presença de elementos de suporte (ex: família, amigos, colegas de trabalho), traços de personalidade e atitudes perante a vida têm impacto para a gestão do EPT, evidente na exposição a conteúdo chocante por parte das temáticas de trabalho. Diversos estudos (Breslau & Schultz, 2013; Soler-Ferrería, Sanchez-Meca, Lopez-Navarro, & Navarro-Mateu, 2014; Maguire & Byrne, 2017) têm vindo a relatar uma relação entre pontuações altas na dimensão psicológica de neuroticismo e o desenvolvimento de reações traumáticas negativas e PTSD. Quanto às características relacionadas ao ambiente de trabalho, podemos falar de fatores de modelação negativa para a probabilidade de trauma, entre eles a carga de casos, falta de suporte por parte dos colegas, falta de formação formal para lidar com as vítimas de situações traumáticas, sobretudo no que diz respeito ao autocuidado, com a identificação de sintomas e o

desenvolvimento de estratégias de *coping* (Finklestein et al., 2015). Contrariamente, com a existência de suporte no trabalho, formação antecipada e experiência, estudos indicam um aumento de resiliência vicariante¹ (Dombo, & Blome, 2016; McCann & Pearlman, 1990; Cohen & Collens, 2013; Maguire & Byrne, 2017; Finklestein et al., 2015) Na mesma instância, a investigação no campo de trauma vicariante tem-se focalizado largamente em auxiliar os profissionais a lidar com estes eventos, de modo a promover resiliência. A maioria dos estudos é direcionada para estratégias de autocuidado e gestão emocional (Ashley-Binge & Cousins, 2020). A promoção destas estratégias ativa a consciência para o potencial sofrimento no trabalho com o trauma e são consideradas um fator essencial na administração do sofrimento e aquisição de respostas para o trauma do cliente/utente.

2. Resiliência

O TV encontra-se incorporado na teoria da resiliência, sendo esta a capacidade de resistência e ultrapassagem de um momento difícil através da proatividade e estrutura emocional da vítima. “Endurecimento” após a experiência de várias situações stressantes, “mecanismos de *coping*”, “emoções positivas e riso” e “relações pessoais” são fatores correntemente presentes para a obtenção de resiliência (Hernandez-Wolfe, 2018). Pessoas com capacidade de lidar com adversidades, mantendo níveis estáveis de funcionamento e boa saúde física e psicológica, são pessoas geralmente chamadas de resilientes (Masten et al., 2021). Em vez do desenvolvimento de sintomas negativos, autodestrutivos ou fuga de problemas, indivíduos com resiliência procuram enfrentar os problemas e agir com base na procura de uma resolução (Grove, 2018). Pessoas com resiliência não experienciam menos stress, ansiedade ou dor, apenas utilizam mecanismos de *coping* considerados positivos para a gestão de dificuldades que necessitam de flexibilidade e crescimento emocional (Cherry, 2022).

2.1 Sinais de resiliência

Cherry (2022) afirma que os sinais de resiliência no indivíduo podem ser realçados pela: (a) mentalidade de sobrevivente do indivíduo, verificada pela vontade de persistir, independentemente da dificuldade do problema; (b) boa regulação emocional. Na iminência de eventos stressantes é normal o sistema nervoso do indivíduo ativar, suscitando emoções de ansiedade, medo, raiva ou tristeza. A resiliência é marcada por uma boa gestão dessas emoções, evitando que essas adquiram controlo do quotidiano do indivíduo ou se perdurem no tempo; (c) capacidade de resolução de problemas. Tal como anteriormente referido, quando os problemas aparecem, atitudes resilientes são

¹ Ver 2. Resiliência

aquelas que visam encontrar mecanismos de resolução direta, através da racionalização dos acontecimentos e enfrentamento das emoções; (d) autoconfiança/aceitação. Aceitar limitações pessoais e evitar políticas de culpabilização são ideologias catalisadoras para o evitamento de sintomas negativos a longo prazo; (e) uma boa rede de suporte social. O reconhecimento da importância do suporte de uma boa rede de relações e construções próximas é relevante para a concretização de uma resiliência longe da solidão.

2.2 Tipos de Resiliência

A resiliência representa uma conjuntura de mecanismos de adaptação. Partilhando a ótica do descrito em sinais de resiliência, podemos falar de vários tipos de resiliência, cada um representando características fundamentais para lidar com eventos stressantes. De acordo com Cherry (2022), existe vários tipos de resiliência. (a) a resiliência física, que representa um importante papel para o enfrentamento de eventos stressantes que requerem uma determinada exigência física, como por exemplo: doença, lesões e feridas. Mais precisamente, é caracterizada pela capacidade de lidar com dor física e momentos de incapacidade. (b) a resiliência mental, que se refere à flexibilidade do indivíduo em manter a calma perante situações stressantes que requerem uma mudança drástica do meio que está inserido, necessitando de uma resolução de problemas e capacidade de persistência perante o difícil (Precious & Lindsay, 2019). (c) a resiliência emocional, similar ao referido nos sinais de resiliência, que se prende a uma boa capacidade de resolução de emoções, sobretudo quando essas se tornam invasivas, podendo ameaçar ideologias, ações ou relações presentes no dia-a-dia da pessoa. Ter uma boa capacidade de resolução de emoções significa saber identificar as emoções presentes, conotando-as como efêmeras e mantendo ótica otimista, apesar do momento de natureza negativa (Murden et al., 2018). Por fim, (d) a resiliência social envolve a habilidade de um grupo de se recuperar de situações difíceis, através da conexão com os outros e um trabalho coletivo, guiado pela política de suporte recíproco. Este elemento de processo cultural, encontra-se mais visível em situações de crise económica, desastres naturais ou guerras (Prayag, 2020). Algumas pessoas adquirem habilidades de gestão positiva naturalmente, conseqüentes de traços de personalidade que as ajudam a permanecer adaptadas diante de desafios. No entanto, a resiliência é também resultado de uma série complexa de características internas e externas, incluindo genética, aptidão física, saúde mental e meio ambiente. O apoio social é outra variável crítica que contribui para a resiliência, o que se comprova uma vez que muitas pessoas ditas resilientes tendem a relatar receber apoio de familiares e amigos em momentos de dificuldade (Keyes, 2018).

2.3 Resiliência vicariante

A resiliência vicariante (RV) é identificada como o processo de aprendizagem e crescimento que se dá através do testemunho de casos de pessoas que enfrentaram adversidades, com adaptação positiva. De acordo com Walsh (2016), a resiliência primária é a capacidade de resistir e se recuperar de desafios, de EPT em que se é vítima direta. Envolve estratégias que promovem uma adaptação positiva no contexto de uma adversidade significativa. Segundo alguns autores (Silva, 2020; Meichenbaum, 2017; Schaefer et al., 2018), esses pontos fortes/recursos permitem que a vítima recupere e até mesmo cresça após a experiência. Já a RV é vista como o desenvolvimento de resiliência com base nas atitudes verificadas em outros indivíduos, mais precisamente o testemunho de como vítimas de EPTs se recuperaram. Pode-se afirmar que se trata de um processo de aprendizagem com base na atitude do indivíduo que demonstra resiliência (Sova, 2021).

Falamos em RV diante de casos de profissionais (socorristas, psicólogos, assistentes sociais, etc.) que desenvolvem estratégias para lidar com as próprias adversidades por influência da capacidade de superação demonstrada pelos utentes com quem trabalham. A demonstração de receptividade à mudança e ultrapassagem de momentos difíceis inspira o profissional a adotar mecanismos que igualmente promovam o seu crescimento (Silva, 2020; Meichenbaum, 2017; Schaefer et al., 2018). A troca de conhecimento e emoções, por sua vez, revela a relação recíproca entre utente e profissional, demonstrando uma relação de aprendizagem para ambos (Reynolds, 2020).

Embora não seja foco do presente estudo, vale mencionar que um conceito fortemente associado à resiliência e, naturalmente, à RV tem vindo a ser o crescimento pós-traumático (CPT) (Frey et al., 2017; Kalaitzaki & Rovithis, 2021; Tsirimokou & Dhinse, 2022). O CPT é uma reestruturação interna do indivíduo a nível cognitivo, de ideais, personalidade e comportamento em resultado da experiência traumática. CPT encontra-se associado a melhores escolhas de mecanismos de administração de vida, capazes de promover bem-estar e resiliência (Michalchuk & Martin, 2019).

2.3.1 Origens da resiliência vicariante

RV ainda é um termo recente, criado em 2007 por Hernandez-Wolfe e colegas (2007), tendo a sua conceptualização formal em 2018 (Hernandez-Wolfe, 2018, p.11). Com base em estudos qualitativos com profissionais terapeutas de sobreviventes de tortura e violência política na Colômbia (Hernandez-Wolfe, 2018), foi possível identificar os mecanismos utilizados diante do conflito interno emocional provocado pela possibilidade de trauma vicariante. Através da observação e metodologias qualitativas foi possível

identificar que um aglomerado de psicoterapeutas que trabalhavam com sobreviventes de tortura alegava uma “inspiração” e “força” pessoal adquirida, através das atitudes convocadas por parte dos seus utentes (Hernandez-Wolfe, 2018, p.10). Considerando o postulado, os autores dos primeiros estudos empíricos (Hernandez-Wolfe et al., 2007), consideraram necessária a apresentação destes fatores sob a designação de “resiliência vicariante”, introduzindo este novo conceito à área da saúde mental.

A transformação de terapeutas que trabalham com vítimas de trauma pode ser positiva ou negativa e é relacionada com o desenvolvimento pessoal, histórico de vida, habilidades clínicas e a capacidade para lidar com os EPTs. Como antes posto, TV seria consequência dos efeitos negativos do trabalho com conteúdo de trauma, podendo afetar sentimentos, cognição, memória, autoestima e sensação de segurança no profissional. Para além disso, tal conceito realça a presença do stress cumulativo, que se desenvolve ao longo do tempo, como resultado do acompanhamento de situações stressantes de utentes/clientes.

Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom e Gangsei (2015) examinaram a relação entre TV e RV, especificamente a coexistência dos dois. Após a dinamização do estudo, foi exposto que processos de trauma e resiliência vicariantes ocorrem entre terapeutas que trabalham com trauma, uma vez que há uma exigência de adaptação e administração de emoções. Segundo o estudo, ambos, TV e RV, são influenciados por vários fatores, entre eles a duração e intensidade das histórias acompanhadas em contexto de trabalho, os recursos dos profissionais e o contexto em que o acompanhamento da vítima ocorre. Em suma, RV não é a soma total de todas as experiências positivas que os profissionais se recordam, nem é um termo genérico para tudo o que motiva o profissional. É o resultado de um conjunto de fatores específicos, oriundos da interação e do testemunho da resiliência de utentes, que levam os profissionais a adquirir uma melhor capacidade para lidar com a própria vida (Chaplin, 2021).

2.3.2 Dimensões da Resiliência Vicariante

No sentido de definir estruturalmente a composição de RV e indicar fatores de identificação da sua ocorrência, Hernandez-Wolfe (2018) apresenta sete dimensões que operacionalizam a temática de RV. Conhecer essas dimensões promove consciência sobre o conceito, guiando os profissionais a uma maior atenção da sua possibilidade de ocorrência, fazendo-os conhecer seus indicadores e a delinear estratégias para alcançá-la (Ngadjui, 2021).

1. *Mudança de perspectivas de vida e objetivos*

Utentes impactados por trauma podem experienciar, ao longo do acompanhamento psicológico, CPT (ex.: adoção de hábitos de vida mais saudáveis, aumento da empatia, melhor definição de prioridades). Na mesma perspectiva, os profissionais experienciam também sensação de “crescimento” através do acompanhamento do progresso positivo dos seus utentes, sendo notificados assim por um “crescimento pós-traumático vicariante” (Hernandez-Wolfe, 2018, p.13), enquadrado nas linhas de RV, através de empatia sentida pelas situações seguidas (Ngadjui, 2021; Killian et al., 2017).

2. *Esperança inspirada pelo trabalho*

Outro fator importante identificado por Hernandez-Wolfe (2018) diz respeito à esperança e o modo que os utentes podem inspirar os profissionais, tornando-os mais resilientes. Ngadjui (2021) alega que os utentes influenciam os profissionais de muitas maneiras positivas e que profissionais experienciam um crescimento pessoal com base no trabalho com eles. Trivedi (2017) destaca que o profissional obtém esperança quando se deixa influenciar pela esperança dos utentes durante o processo de acompanhamento, com base em empatia. Ocorre assim uma afirmação mútua entre os dois indivíduos, fenómeno importante que aponta a reciprocidade de influência positiva vista na RV. “O nível de investimento do utente e a identificação do terapeuta com o seu utente aparenta adicionar satisfação e afirmação pessoal no terapeuta” (Hernandez-Wolfe, 2018, p.13).

3. *Reconhecimento da espiritualidade como instrumento terapêutico*

Killian et al. (2017) reconhecem uma conexão entre espiritualidade e emoções nas perceções de clínicos de saúde mental. De acordo com o estudo que realizaram, muitos clínicos de saúde mental mencionam achar relevante a discussão da espiritualidade com os utentes, reconhecendo-a como uma fonte para o enfrentamento de um passado traumático (Hernandez- Wolfe et al., 2007; Hernandez-Wolfe, 2018; Killian et al., 2017). Ao identificarem o papel preponderante da espiritualidade/religião como fator de *coping*, os próprios clínicos de saúde teriam se tornado aprendizes da espiritualidade, com a adoção de uma ótica aberta a certos tópicos da religião. Desta forma, começaram a considerar caminhos diversos para a cura, adotando uma nova política de enfrentamento de desafios, através do impacto positivo da espiritualidade, verificado nos seus utentes com trauma (Edelkott et al., 2016; Hernandez-Wolfe et al., 2007).

4. *Autoconsciência e práticas do autocuidado*

Edelkott et al. (2016) destacam que os profissionais que trabalham com sobreviventes de trauma alteram a sua percepção sobre o próprio autocuidado. Especificamente, afirmam que uma boa capacidade de distanciamento entre vida pessoal e profissional na vida das vítimas inspiram os profissionais a uma maior noção de importância do “desapego” do peso do trabalho em horas não laborais. Já Hernandez-Wolfe (2018, p.14) reconhece a interação dos profissionais com vítimas de trauma como um processo de aprendizagem, onde a identificação de atitudes e causas de sentimentos depressivos promove um maior nível de autoconsciência capaz de reduzir o stress e *burnout* no profissional. Por outras palavras, os profissionais, ao realçarem a importância de várias estratégias positivas que promovem uma mente equilibrada (ex.: qualidade do sono e evitamento do isolamento social) e verificarem o impacto positivo dessas na vida dos utentes, tornam-se mais conscientes também das suas próprias vidas, adotando as mesmas estratégias. Ainda na mesma ótica, certos profissionais destacam “uma melhoria das dinâmicas com a família” (Ngadjui, 2021, p.10).

5. *Abertura ao multiculturalismo*

Competência multicultural é definida como a capacidade de o profissional atingir níveis apropriados de consciência, conhecimento e habilidades para lidar com pessoas com histórico cultural diferente (Pope et al., 2019). Com ótica direcionada à RV, estudos (Constantine, 2001; Constantine et al., 2002; Hernandez, 2018; Ngadjui, 2021) indicam que o acompanhamento da boa capacidade de adaptação de indivíduos com culturas diferentes em novos meios, através do contexto profissional, promove uma maior abertura cultural, bem como capacidade de adaptação, fortalecendo competências profissionais e pessoais.

6. *Estratégias de coping e autoeficácia pessoal*

De acordo com o estudo de Hernandez-Wolfe et al. (2014), profissionais relatam um maior senso de autoeficácia pessoal e profissional como resultado do trabalho com sobreviventes de trauma. Uma característica central dessa mudança é a conquista de uma visão mais crente de sua própria resiliência à luz da capacidade dos seus utentes. Rossi e colegas (2011) argumentam que a dinâmica de terapia consiste numa troca de resiliência entre profissional e vítima de trauma, mais especificamente que ambos auxiliam o fortalecimento de resiliência um do outro. Além disso, em um estudo qualitativo de psicoterapia realizado no Brasil, Vandenberghe & Silvestre (2014) constatarem que as emoções positivas do profissional podem melhorar o processo relacional, fortalecendo o leque de recursos e fornecendo pistas para aprimorar as habilidades da vítima de trauma. Já outros autores (Edelkott et al., 2016; Ngadjui, 2021)

mencionam que os profissionais, ao verificarem o sucesso do acompanhamento e a capacidade da vítima de ultrapassar o momento difícil, relatam maior força pessoal e conhecimentos para a resolução dos seus obstáculos.

7. Capacidade de atenção às narrativas dos outros

Os efeitos positivos das interações com sobreviventes de trauma são destacados em diversos estudos da área (Frey et al., 2017; Grauerholz et al., 2020; Michalchuk & Martin, 2019). Segundo os vários profissionais terapeutas pertencentes às amostras dos estudos, a priorização do melhoramento e convocação de resiliência nos utentes aumenta a capacidade de atenção e a capacidade de estar mais presentes para o outro no quotidiano (Killian et al., 2017; Ngadjui, 2021). O aumento do envolvimento dos terapeutas nas sessões traduz-se numa redução da necessidade de controlo das sessões, aumentando a capacidade de desenvolver paciência quanto à recuperação a longo prazo dos utentes (Edelkott et al., 2016). O aumento de empatia, bem como da atenção a fatores de risco, promove uma desvinculação da necessidade de controlo dos fatores de vida, na área pessoal dos profissionais, com conseqüente aceitação, senso de liberdade e paz interior (Ngadjui, 2021).

2.3.3 Resiliência Vicariante como ponte para o combate de trauma

A RV é um fator útil para neutralizar processos profundamente fatigantes nos quais os profissionais podem sentir que são as “vítimas” daqueles com quem trabalham. É comum o profissional ser lecionado a deter um nível de distanciamento moderado, não deixando se influenciar pelo utente e mantendo o seu rigor técnico. Entretanto, em certos casos, as interações no trabalho e uma boa ligação empática leva o profissional a convocar uma análise comparativa entre a vida do utente e a sua, utilizando a resiliência do utente como modelo de ultrapassagem das suas dificuldades e atenuando sintomas de stress (Hernandez-Wolfe, 2010; 2018; Puvimanasinghe et al., 2015; Acevedo & Hernandez-Wolfe, 2020;). É possível falar, assim, de um processo de aprendizagem do profissional com o utente, onde a aproximação suscita RV e motiva o profissional a uma nova política de enfrentamento positivo dos problemas.

3. O Serviço Social e o Trauma

A área de serviço social visa melhorar o bem-estar geral e atender às necessidades básicas e complexas das comunidades e das pessoas. Os assistentes sociais trabalham com diversas populações, concentrando-se particularmente naqueles que são vulneráveis, oprimidas e que vivem em contextos de pobreza. Dependendo de sua especialidade, cargo e local de trabalho, um assistente social pode ser obrigado a participar em processos legislativos que, muitas vezes, resultam na formulação de

políticas sociais. Os profissionais desta área são formados para lidar com injustiças sociais e barreiras ao bem-estar geral dos seus utentes, que se encontram contra os princípios básicos dos seus direitos e necessidades (SWLM, 2022). O seu campo de atuação é amplo, podendo passar pela execução de políticas jurídico-sociais, atribuição de apoios, intervenção com grupos de risco (violência doméstica, toxicodependência, sem abrigo), intervenção com crianças e jovens, trabalho com idosos em vulnerabilidade e planeamento de projetos sociais (Silva, 2017; Ribeiro et al., 2021; Gonzalez-Guarda, 2021; Crispim, 2020). Ao observar o trabalho do assistente social é possível afirmar que o seu contexto profissional é sobretudo carregado de conteúdo traumático. Segundo Levenson (2017), os sintomas de stress e trauma nos assistentes sociais são mais comuns em situações de maus-tratos de crianças e de destrutura familiar. Para além dessas, o autor ainda aponta morte, doença, pobreza, opressão e discriminação como as situações mais impactantes. Outros EPTs são evidentes quando no acompanhamento de situações de agressão física, abusos sexuais ou testemunho de violência doméstica. Já as experiências crónicas de negligência emocional, de um pai/mãe ausente ou um cuidador com abuso de substâncias podem ter efeitos subtis, mas com repercussões que se poderão revelar autodestrutivas sem o suporte necessário. Os assistentes sociais são expostos a vítimas de EPTs, alguns casos sendo de polivitimização, o que os expõe a stress emocional e complexas reações de trauma (Cloitre et al., 2009; Turner et al., 2011; Maschi et al., 2013. Citado por Levenson, 2017).

As implicações de quase três décadas de pesquisas empíricas (Sze et al., 1986; Bride, 2007; Lewis & King, 2019) demonstram que os aspetos emocionalmente desafiadores do trabalho social têm efeitos psicológicos potencialmente desestruturantes, sobretudo nos profissionais recém-formados (Gilin & Kauffman, 2015; Greene et al., 2017). Tem sido sugerido que condições relacionadas com stress, como o esgotamento profissional, trauma secundário, trauma vicariante e fadiga por compaixão podem ser estimadas como “ocupações de perigo” para aqueles que prestam serviços de apoio social (Newell, 2020, p.1).

Independentemente destes potenciais perigos de stress ou traumatização, é seguro afirmar que a maioria dos indivíduos representantes da área social consegue convocar a resistência e superação emocional necessária para fornecer um serviço de apoio continuado, sem influência de stress que possa vir a perturbar o rigor do seu trabalho. O termo “resiliência profissional” tem sido usado nas áreas de trabalho de serviços humanos, incluindo aconselhamento, serviço social, educação, psicoterapia e outras profissões relacionadas à saúde para descrever o processo pelo qual aqueles que prestam serviços a populações vulneráveis ou em risco conseguem prosperar, apesar

das condições de trabalho inerentemente stressantes (Hegney et al., 2015; Newell, 2020). Como antes referido, tem sido crescente o número de estudos que buscam definir e medir os aspetos promotores de crescimento após a exposição direta ou indireta a eventos stressantes. Um exemplo disso é a criação do conceito de CPT em comparação ao PTSD. Estudos examinando CPT em sobreviventes de trauma enfatizam mudanças positivas que ocorrem no sentido do “eu”, nas relações com os outros e na perspetiva geral de qualidade de vida (Maitlis, 2020; Marziliano et al., 2020; Jayawickreme et al., 2021). Semelhante à evolução conceitual do CPT, a pesquisa na área de exposição indireta ao trauma revela uma tentativa de equilibrar efeitos consequentes do tratamento do trauma, incluindo traumatização vicariante, trauma secundário, stress e fadiga por compaixão. Tais construções concentram-se nos aspetos emocionalmente desafiadores da prestação de serviços diretos àqueles que estão vulneráveis e em sofrimento (Newell et al, 2016). Outros termos têm vindo a ser utilizados para relatar o processo de enfrentamento dos assistentes sociais a eventos stressantes, como a RV (Newell, 2020) e a satisfação por compaixão (gratificação pessoal em ajudar os outros) (Bae, 2020). A satisfação por compaixão inclui interações positivas com utentes, através do celebrar os sucessos dos mesmos, a formação de relacionamentos significativos, o apoio entre colegas, a satisfação pessoal e espiritual de estar em uma profissão de ajuda e as interações profissionais positivas que ocorrem como benefícios de ser membro de uma organização ou comunidade de auxílio (Greene & Dubus, 2017).

Outro fator de proteção que tem vindo a ser figura de nomeação para a luta contra o trauma na profissão tem a designação de “cuidado informado sobre trauma” (Herrenkohl et al., 2019). O cuidado informado sobre trauma incorpora uma compreensão da frequência e dos efeitos da adversidade no funcionamento psicossocial em todo o decorrer da vida de uma pessoa. O principal objetivo não é abordar diretamente traumas passados, mas apresentar problemas no contexto das experiências traumáticas de um utente (Levenson, 2017). Os assistentes sociais informados sobre trauma confiam no seu conhecimento para responder aos utentes de maneira que transmitem respeito e compaixão, honram a autodeterminação e permitem a reconstrução de habilidades interpessoais e estratégias de enfrentamento. A perspetiva pessoa/ambiente defendida por assistentes sociais ajuda a reconhecer o papel que a adversidade pode desempenhar na formação de padrões de enfrentamento desadaptativos. Os assistentes sociais são consciencializados para identificar traços de risco patológicos e para apreciar o complexo nexo entre pobreza, opressão e trauma. Além disso, os valores centrais e a missão do trabalho social incluem a promoção da justiça social

(National Association of Social Workers, 2015). Portanto, o cuidado informado em trauma consiste em saber identificar as várias componentes de sintomas de trauma e intervir conforme a necessidade do utente, no sentido de convocar o seu bem-estar e estabelecer uma relação de confiança e empatia, bem como o encaminhar para tratamento especializado, em caso de necessidade. Este elemento constituído pela formação dos assistentes sociais revela ser uma ponte para a convocação da resiliência dos profissionais e um dos fatores revelados pela literatura como proteção contra elaboração de trauma no trabalho (Levenson, 2017).

Capítulo II:

Diálogos sobre stress, trauma e resiliência com os assistentes sociais da Ilha Terceira

1. Metodologia

O presente estudo recorreu à utilização de um modelo misto, com maior direção para a uma abordagem qualitativa. A escolha de um estudo com maior orientação qualitativa não foi só baseada no tamanho da amostra, mas também pelo facto de que o estudo das experiências subjetivas dos indivíduos permite aprofundar conhecimentos e pode favorecer o desenvolvimento de linhas orientadoras de intervenção e construção de programas promotores de bem-estar e melhor ajustamento psicológico durante e após eventos stressantes (Silva, 2020).

Embora com alguns estudos mencionados (Fortes, 2020; Ribeiro & Amaro, 2018; Fazenda, 2017), os assistentes sociais são ainda pouco referidos como figuras de intervenção no âmbito da saúde mental em Portugal, sendo escasso o número de estudos sobre trauma e resiliência focados nessa população. No que se refere aos Açores, até onde temos conhecimento, não há estudos sobre trauma vicariante e resiliência vicariante nos assistentes sociais. O estudo teve como objetivo verificar a prevalência de sintomas de trauma e a presença de resiliência vicariante em profissionais de Serviço Social residentes na Ilha Terceira, bem como discutir características que podem influenciar tais processos. Para tanto, 36 assistentes sociais foram entrevistados. As entrevistas permitiram identificar os fatores de risco e de proteção da atividade profissional do assistente social, bem como legitimar o seu estatuto como elemento participante na área de saúde mental. Para além do mencionado, o estudo incluiu os seguintes objetivos específicos: analisar a relação entre histórico pessoal antes da profissão, trauma primário e trauma vicariante; identificar os fatores de influência para a resiliência vicariante.

Considerando a literatura científica na área (Way, Van Deusen & Cottrel, 2007, pp. 83-93; Puvimanasinghe et al., 2015) foram levantadas três hipóteses: a) os assistentes sociais com menos experiência e idade apresentarão maiores níveis de stress; b) os sintomas de trauma vicariante correlacionam-se com o histórico stressante primário do indivíduo, antes ou durante a profissão; c) a severidade de sintomas de trauma vicariante e existência de resiliência vicariante apresentarão uma relação assimétrica, com maior prevalência de resiliência vicariante.

1.1 Participantes

Foi utilizada uma amostra por conveniência, contando com a participação de profissionais na área de serviço social, no qual o único critério de elegibilidade foi ser assistente social há mais de 5 anos e ser residente na Ilha Terceira.

Foram contactadas 6 entidades laborais, através dos seus representantes, tendo a autorização total de 5 para a realização do estudo, entre elas: o Instituto da Segurança Social da Ilha Terceira, a Casa de Saúde São Rafael, a Confederação Operária Terceirense (COT), a Santa Casa da Misericórdia de Angra, e a Associação Médica Internacional (AMI). Após a autorização para a realização de estudo, os assistentes sociais foram contactados por via presencial (local de trabalho), telefónica ou email. A amostra foi constituída por: 32 profissionais da Segurança Social da Ilha Terceira (86.4%), mais especificamente: 11 profissionais da Segurança Social da Praia da Vitória (29.7%) e 21 profissionais da Segurança Social de Angra do Heroísmo (56.7%). Além desses, 2 profissionais da AMI (5.4%), 1 Santa Casa de Misericórdia de Angra (2.7%), 1 da Casa de Saúde de São Rafael (2.7%) e 1 da COT (2.7%) constituíram a amostra. De todos os assistentes sociais contactados (total=37), apenas 1 demonstrou indisponibilidade (AMI), ficando uma amostra total de 36 participantes no estudo.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e todos os participantes assinaram o consentimento informado (Anexo I).

1.2 Instrumentos

Foi elaborado um guião de entrevista (Anexo II), incluindo questões sobre características sociodemográficas e profissionais, exposição a EPTs (na vida pessoal e na vida profissional), impacto de exposição direta e indireta a EPTs no trabalho, estratégias de *coping* e indícios de resiliência vicariante. Também, foram aplicados os seguintes instrumentos:

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983): BSI é um instrumento de avaliação de sintomas psicopatológicos que consiste em 53 itens, com escala de resposta tipo Likert. O instrumento inclui 9 dimensões de sintomas: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. A interpretação dos resultados é feita através de três índices, nomeadamente Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). BSI pode ser administrado a pacientes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, bem como a pessoas da população em geral. A simples

leitura dos índices globais permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado (Canavarro, 2007). Os entrevistados classificam cada item de sintoma (por exemplo: “sentir-se triste”) em uma escala de 5 níveis, variando do 0 “nunca” a 5 “muitas vezes”. As classificações caracterizam a intensidade do sofrimento durante os últimos sete dias. As pontuações das dimensões são calculadas pela soma dos valores dos itens pertencentes à dimensão específica e divididos pelo número de itens dentro da dimensão. A confiabilidade das dimensões (alfa de Cronbach) varia de 0,62 a 0,80 (Becker et al., 2021).

PTSD Checklist 5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013): instrumento, utilizado para verificação de sintomas PTSD, avaliação específica de tipos de sintomas de PTSD, realização de um diagnóstico provisório, bem como para monitorizar a mudança dos sintomas durante e após o tratamento. O instrumento inclui 20 itens que avaliam sintomas de PTSD de acordo com o DSM-5. O nível de incidência de sintomas é preenchido de acordo com a escala Likert, que vai de 0 a 4, sendo 0 “Nada” e 4 “Extremamente”. A cotação da escala é a partir da soma das respostas (0-80), sendo que o ponto de corte 31-33 é considerado indicativo de provável PTSD (Weathers et al., 2013).

Embora o intuito do trabalho seja a verificação de trauma vicariante, considerando que a língua portuguesa ainda não tem uma versão adaptada da escala de trauma vicariante (Vicarious Trauma Scale), o PCL-5 permite verificar a existência de sintomas de stress pós-traumático.

Escala de Resiliência para Adultos (ERA): originalmente criada para a medição dos níveis de resiliência (Friborg et al., 2003), examina fatores de proteção intrapessoais e interpessoais que facilitam a adaptação às adversidades psicossociais, destacando atributos pessoais, apoio familiar e sistemas de apoio externo. Especificamente falando, ERA é composta por 33 itens, enquadrados por 6 fatores: Percepção do Self, Planeamento do Futuro, Competências Sociais, Coesão Familiar, Recursos Sociais e Estilo Estruturado. A interpretação das pontuações é feita de forma sequencial, de acordo com os resultados obtidos nos diferentes fatores. Um resultado mais elevado corresponde a melhores níveis de resiliência. Na mesma instância de outras escalas psicométricas e, considerando o grau abrangente dos termos resiliência, os resultados podem ser analisados em função das pontuações obtidas nos 6 fatores da ERA, mas também a partir da pontuação total da escala. Para o total dos itens, a ERA apresenta um alfa de Cronbach de 0,90 (Pereira et al., 2016).

1.3 Recolha de Dados

As entrevistas foram por via presencial e tiveram lugar de acordo com a disponibilidade de cada participante. As entrevistas ocorreram, maioritariamente, nos locais de trabalho dos participantes, sendo que apenas duas foram realizadas em locais de convívio público.

Utilizando a entrevista semiestruturada, após a assinatura do consentimento informado, foi solicitado a permissão dos entrevistados para a gravação das entrevistas, sendo afirmado a salvaguarda dos dados apenas para o estudo científico, garantindo a confidencialidade e anonimato. De seguida, a entrevista semiestruturada foi realizada de acordo com a ordem de perguntas registadas no guião, havendo flexibilidade para a suscitação de novas perguntas, de acordo com o conteúdo exposto pelo participante. A recolha de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2021.

1.4 Análise de Dados

Inicialmente, foi construído um documento digital de cada entrevista, contendo as respostas transcritas e informações sociodemográficas de cada participante. Num segundo momento, foi realizada uma análise temática, de modo a identificar os pontos comuns, bem como verificar: tipologia principal de eventos stressantes antes da entrada na profissão e durante a profissão, sintomas manifestados com a exposição aos EPTs, impacto dos EPTs no trabalho e/ou vida pessoal, indícios de TV, estratégias de *coping*, fatores de proteção e indícios de RV. Como complemento, os escores das escalas psicométricas (BSI, PCL-5 e ERA) permitiram verificar a presença de sintomas psicopatológicos e nível de resiliência dos profissionais entrevistados.

2. Resultados

2.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 36 participantes, maioria do sexo feminino (91.7%), com idades compreendidas entre os 27 e os 68 anos, que tenham vivido uma ou mais situações stressantes em contexto de trabalho. Metade da amostra (n=18) identificou-se como casada, sendo a segunda maioria composta por solteiros (n=12) e a restante como divorciado e em união de facto. Mais da metade da amostra tem filhos (n=20). Todos os participantes eram residentes da Ilha Terceira, encontrando-se localizados entre os concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, sob designação de cargo de assistente social.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, os participantes afirmaram ter entre 5 a 41 anos de atuação na área do serviço social. Apenas uma percentagem reduzida

(25%) de participantes apresentou habilitações literárias superiores à licenciatura. Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1.	
<i>Perfil Sociodemográfico da Amostra</i>	
n= 36	
M (DP)	
Idade	40.05 (9.37)
Experiência em Anos	15.53 (7.36)
n (%)	
Nível literário	
Licenciatura	27 (75)
Licenciatura+ Pós-Graduação	4 (11.1)
Mestrado	5 (13.9)
Sexo	
Feminino	33 (91.7)
Masculino	3 (8.3)
Estado Civil	
Solteiro	12 (33.4)
Casado	18 (50)
Divorciado	3 (8.3)
União de Facto	3 (8.3)
Filhos	
Sim	20 (55.5)
Não	16 (44.5)

Os profissionais entrevistados atuavam em diversas áreas de intervenção de serviço social (Tabela 2), sendo a área da ação social a mais presente (72.2%), representada por mais da metade da amostra.

Tabela 2.	
<i>Áreas de Intervenção</i>	
n= 36	
n (%)	
Violência Doméstica	1 (2.7)
Saúde Mental	1 (2.7)
Crianças e Jovens	1 (2.7)
Idosos	3 (8.3)
Atendimento perm.	1 (2.7)

EMAT	1 (2.7)
Toxicodependência	1 (2.7)
Adoção	1 (2.7)
Ação Social	26 (72.2)

Ao serem questionados sobre exposição a eventos traumáticos ou stressantes antes da entrada na profissão, 15 participantes afirmaram ter experienciado esse tipo de evento, enquanto os restantes realçaram a inexistência de qualquer incidente antes da entrada na profissão. Ainda, um número minoritário de participantes (n=6) afirmou ter tido acompanhamento psicológico em situações passadas de vida.

2.2 Eventos stressantes antes da profissão

Como antes referido, apenas 15 participantes alegaram apresentar um histórico de eventos stressantes antes da entrada da profissão. Dos eventos considerados mais impactantes, acontecimentos na adolescência (n=7) foram os mais reportados, com número menor de eventos ocorridos na infância (n=4) e na adultez (n=4).

Em relação aos tipos de EPTs (ver Figura 1), problemas intrafamiliares foram os mais reportados pela amostra (n=5). Especificamente, foram relatadas situações de abandono da figura parental, separação dos pais e alcoolismo dentro da família.

“Ok, durante a minha infância tive ali um período de divórcio dos meus pais (...)” (Joana², 27 anos. Página 1 da transcrição).

“Sim. Portanto... meu pai abandonou-me... há aqui uma questão de abandono” (Vânia, 40 anos. Página 1 da transcrição).

“Talvez ali na infância no contexto familiar, mas passado. Tinha ali o meu pai que bebia uns copos a mais” (Maria, 38 anos. Página 1 da transcrição).

Para além do problema registado, alguns participantes, em resposta à pergunta suprarreferida, afirmaram ter tido como evento stressante a morte de pessoas próximas na infância ou adolescência (n=4).

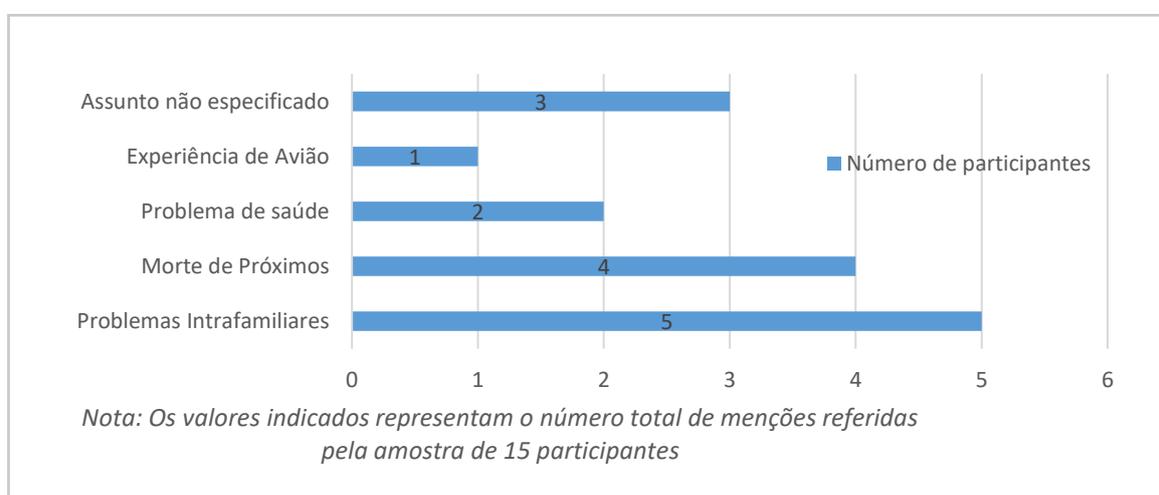
² Todos os nomes inseridos dos participantes têm carácter fictício, de modo a assegurar a anonimidade.

“Morte de familiares na adolescência, nomeadamente de dois avós, um tio e uma grande amiga” (Ana, 48 anos. Página 1 da transcrição).

“Foi a perda do meu pai... que foi um choque grande que me marcou e que me marca ainda hoje. Claro que vamos nos ajustando e criando algumas defesas, mas com onze anos foi complicado” (Nélia, 39 anos. Página 1 da transcrição).

Figura 1.

Tipologia de eventos traumáticos/stressantes (antes da profissão)



Ao serem questionados sobre as emoções sentidas durante e após o evento stressante, os participantes assinalaram na lista de emoções (Anexo III) as emoções que melhor descreviam como se sentiram ao lidar com aquele determinado evento. A Tabela 3 apresenta as principais emoções relatadas pelos entrevistados.

Tabela 3.

Lista de emoções

	n= 15
	n (%)
Ansiedade	13 (86.6)
Tristeza	11 (73.3)
Medo	9 (60)
Nervosismo	7 (46.6)
Falta de confiança	6 (40)
Frustração	5 (33.3)

Perda do apetite	4 (26.6)
Irritação	4 (26.6)

Em referência à questão “Considera que esse(s) evento(s) continua(m) a afetar a sua vida? Se sim, de que forma?”, todos os 15 participantes alegaram que tais eventos ficaram marcados, estando presentes na sua memória nos dias de hoje. Entretanto, não revelaram ser um trauma que lhes afete no dia a dia, pois consideraram que se adaptaram e ultrapassaram o acontecimento.

2.3 Eventos stressantes durante o exercício da profissão

Para verificar a regularidade de EPTs em contexto de trabalho dos participantes, foi-lhes questionado sobre as suas experiências de trabalho. 32 participantes (89%) descreveram situações marcantes, de elevado stress, enquanto apenas 4 (11%) disseram não ter tido nenhum caso “fora das linhas de padrão” do stress habitual de trabalho. Quanto ao tipo de evento stressante vivido em contexto profissional, a maioria (n=18) mencionou situações de violência ou tentativas de agressão.

“Houve alguns casos marcantes quando trabalhei na equipa de Grupos de Risco. Houve alguns casos em que tive medo pela minha integridade física.” (Carla, 31 anos. Página 1 da transcrição).

“(...) Tive a situação de uma senhora que me.... Tinha uma filha que não queria ir à escola e fui-lhe fazer uma visita e ela teve com violência.... Tive uma hora no sofá com a mulher a apontar-me uma faca e não podia fazer movimento. Fui eu e uma colega. Foi um evento traumático... estávamos a tentar acalmar a senhora, estava completamente descompensada” (Mónica, 58 anos. Página 1 da transcrição).

“Isto foi um utente que veio cá. Alegadamente vinha pedir dinheiro... Vinha em situação de permanente, nem era meu beneficiário nem nada... Era do colega. Ele não aceitou o apoio que lhe foi dado. Levantou-se de repente e atirou a cadeira em minha direção... foi por pouco que não me atingiu.... Abriu a porta e começou aos gritos e às ameaças... de que ia matar e fazer acontecer. Apontou um objeto cortante à cara de uma

colega, entretanto mais ameaças” (Telma, 38 anos. Página 2 da transcrição).

“Foi uma tentativa de agressão por parte de um familiar dos nossos utentes. Era um casal relativamente novo que estava à procura de ambos serem admitidos cá. (...) Decidimos não colocar os dois a ocupar o mesmo sítio, mesmo por algumas questões. Esta situação foi transmitida e lembro-me de ele ver-me aqui no corredor e dirigir-se para mim lançado a toda a velocidade. (...) É uma situação em que nos deixa desprotegidos. Tive algum receio. Se ainda hoje o vir, tenho algum receio” (Henrique, 33 anos. Página 1 da transcrição).

Situações com crianças em risco foram mencionadas por 12 participantes (37,5%), sendo vivências com um impacto gráfico de retirada de crianças dos pais, maus-tratos, abuso sexual, situações de pobreza e malnutrição os caos mais frequentes. Tais situações foram consideradas stressantes, tanto pela faixa etária, como pelos eventos terem ocorrido no início da carreira de alguns profissionais.

“Para mim o mais stressante e que presenciei foi a retirada de uma criança num determinado agregado e que, entretanto, a mãe pareceu despejar a criança, quer dizer... já era um jovem, na altura que era para entregar os seus pertences na instituição, e... a frieza com que a mãe lidou com isto foi algo que me causou bastante stress (...)” (Juliana, 36 anos. Página 1 da transcrição).

“Estou-me a lembrar de um caso em específico que não era propriamente meu, mas era assistente social da avó daquela miúda. Era um caso complicado onde a mãe tinha filhos de outras relações e a miúda tinha sido criada com os avós, mas depois foi retirada. Descobrimos na altura que a miúda estava a ser violada pelo avô. (...) Tinha 8 ou 9... Entretanto retiramos a miúda (Silêncio. É visível alguma comoção na entrevistada). (...). Foi uma situação difícil. O pesar do proteger o interesse de criança, mas também moderá-lo com os pais... é uma coisa muito difícil que não gosto de fazer” (Tatiana, 47 anos. Página 2 da transcrição).

“Foi quando comecei a trabalhar e aquilo marcou-me imenso. Quando estava a trabalhar na Cáritas, porque antes trabalhava na Cáritas e não aqui. Foi um caso de uma família com violência doméstica, em que a criança foi retirada do pai (...). Trabalhei e vi muita pobreza, mas acho que, pelo facto de estar a trabalhar com crianças, aquilo chocou-me um pouco mais” (Joana, 27 anos. Página 2 da transcrição).

Para além da maioria enquadrar-se dentro de casos com crianças ou de violência dirigida ao profissional, os participantes ainda mencionaram situações de violência doméstica (n=4) e com pessoas idosas vulneráveis, sem suporte familiar (n=4).

“Estava essencialmente há 6 meses na casa abrigo e tive uma situação de uma senhora que nos pediu ajuda e tivemos que intervir rapidamente. Ela tinha um marido agressor, que ameaçava com armas, a polícia estava envolvida, e tinha um bebé de 6 meses. Toda a situação de pegar na criança e a meter no carro e esperar que a minha colega trouxesse as coisas da senhora, sem saber a identidade do marido agressor que estava armado poderia aparecer connosco ali ao pé da porta.... Foi algo muito traumático e muito stressante” (Matilde, 42 anos. Página 1 da transcrição).

“Já houve casos mais complicados que foram difíceis de se gerir. Uma vez tive uma situação de um senhor que teve que ser transferido para Lisboa, porque tinha cancro e ele não tinha suporte familiar e teve que ficar num lar privado lá fora (continente) para fazer os tratamentos. Entretanto este senhor faleceu. Foi uma situação que me afetou na altura” (Natália, 36 anos. Página 1 da transcrição).

Apesar do leque de situações consideradas stressantes, 32 participantes disseram ter superado os eventos, com a devida adaptação. Apenas 1 participante referiu sentir que continuava com um trauma (primário).

“Ah, ainda continua (risos). Em relação a essa situação... digo que foi a única em que me literalmente traumatizou. Hoje em dia

*é uma pessoa que ainda me recuso a atender*³” (Telma, 38 anos. Página 2 da transcrição).

2.4 Eventos stressantes durante o exercício da profissão – trauma vicariante

No que diz respeito ao trauma vicariante, 7 participantes relataram ter vivenciado situações de elevado stress, com consequências que sugerem a presença de sintomas TV⁴. Entre os tipos de eventos, 5 participantes (71.4%) mencionaram situações de risco e vulnerabilidade com crianças (pobreza, retirada dos pais, abuso sexual, malnutrição). Quanto aos outros 2 participantes, um relatou situação de incapacidade de idoso, que incluía precárias condições de higiene, enquanto outro, embora tenha referido a possibilidade de ter tido um processo vicariante, não conseguiu especificar quais casos o afetaram.

“Talvez até certo ponto senti também a tristeza dos pais, porque também sou mãe, não é? Desde que fui mãe... confesso que há algumas situações que mexem mais comigo. Por isso diria que a certo ponto diria que senti também a tristeza daqueles pais” (Margarida, 37 anos. Página 3 da transcrição).

“Consigo identificar um processo de contratransferência depois de ter sido mãe. Noto que, depois de ter sido mãe, as situações com crianças de malnutrição e défice de competência parentais acentuadas... notei que na altura foi algo que afetou a minha capacidade de análise, porque, entretanto, já não estava presente como Assistente Social, mas sim enquanto mãe” (Carolina, 42 anos. Página 2 da transcrição).

“Fui fazer visita domiciliária e encontrei a senhora nua na cama, coberta pelos lençóis... com um cheiro intenso a urina, fezes nas unhas e a senhora recusava-se a fazer a higiene. (...) a senhora já não estava lúcida, estava com um quadro já demencial, mas não tinha acompanhamento (...) Lembro-me que na altura tive elevados níveis de stress, porque não sabia como poderia resolver aquela situação (...) Lembro-me de sentir algum

³ Caso descrito na página 30. Ameaça com objeto cortante.

⁴ Nas entrevistas, os conceitos de TV e RV foram apresentados aos participantes.

sofrimento daquela senhora, sobretudo devido à solidão que tinha (...) Naquela altura fiquei a pensar: E se algum dia quando chegar a velha, fico com um quadro demencial desta natureza e acabo numa cama com fezes nas unhas, toda urinada e com uma situação que não me permite fazer melhor por mim mesma?” (Francisca, 32 anos. Página 2 da transcrição).

Os 7 participantes, ao serem questionados sobre o que sentiram após a experiência stressante vicariante, assinalaram emoções negativas, sobretudo ansiedade e nervosismo.

Tabela 4.
Lista de emoções

	n= 7
	n (%)
Ansiedade	5 (71.4)
Nervosismo	5 (71.4)
Irritação	4 (57.1)
Perda de sono	4 (57.1)
Tristeza	3 (42.8)
Frustração	3 (42.8)

Com o objetivo de perceber o impacto dos sintomas de stress vicariante, foi questionado se e como os participantes percebiam tal influência em diferentes aspetos de suas vidas. Para tanto, as perguntas abordaram 5 áreas:

1. Valores e crenças

Apenas 2 dos 7 participantes (28.6%) afirmaram a alteração das suas crenças e valores, onde um participante especificou a “maior relativização dos problemas” e diferença “do que considera importante na vida” e outro afirmou ter adquirido “maior sensibilidade e consciencialização” para com os problemas.

2. Autoestima

Os 7 participantes afirmaram não terem tido qualquer tipo de alteração na sua autoestima. É importante mencionar que um participante referiu ter sentido uma alteração de autoestima logo após um evento stressante, mas destacou que a mudança não se manteve a longo prazo.

3. *Relações interpessoais*

Todos os 7 participantes afirmaram não ter tido qualquer tipo de alteração na sua capacidade de estabelecer relações, bem como em manter as existentes no seu presente.

4. *Empatia*

A maioria da amostra com sintomas de TV (n=5) afirmou não ter tido nenhuma alteração na sua capacidade de se colocar no lugar do outro, nem de perceber as suas emoções. Segundo os participantes, essa realidade manteve-se em contextos de trabalho, bem como nas suas vidas pessoais. Por outro lado, 2 participantes (28.6%) mencionaram a possibilidade de terem se tornado menos recetivos às situações dos seus utentes. Entretanto, ambos os participantes disseram acreditar que a alteração foi consequência da carga excessiva de trabalho e stress, e não especificamente devido a uma situação de trauma vicariante.

5. *Desempenho profissional*

Ao serem questionados sobre como os sintomas de TV afetaram o seu desempenho profissional, 5 participantes (71.4%) afirmaram a presença de uma redução da sua taxa de produtividade, devido à “fadiga emocional”, “medos e receios”, “perda de esperança e desmotivação”, “elevada sensibilidade com a situação” e “insegurança”, sendo esta última presente apenas nos primeiros dias após o evento. Contrariamente, 5 participantes (71.4%), nos quais 3 são os mesmos que tiveram o desempenho afetado negativamente, afirmaram também uma alteração positiva no seu desempenho. Segundo eles, as situações de stress permitiram um aumento da atenção a fatores de risco das situações, os tornando mais proativos, compreensivos e consciencializados. Dois entrevistados (28.6%) referiram maior motivação diante de casos de utentes com apresentação de boas competências pessoais e casos de sucesso e recuperação.

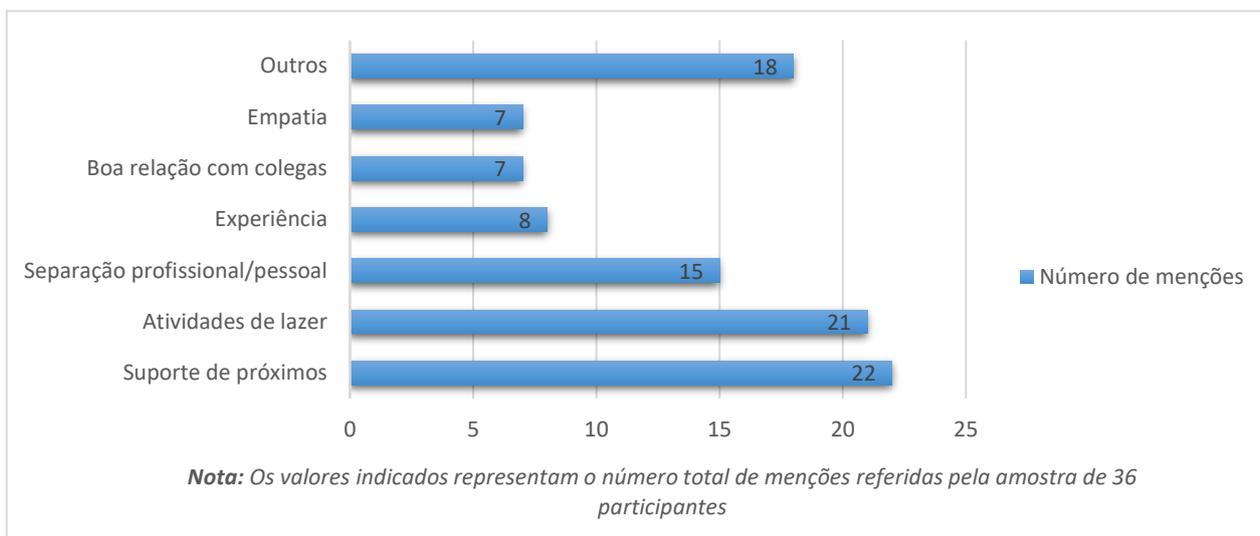
2.5 Resiliência primária

Apesar de ter havido identificação de sintomas, como consequência das situações difíceis e stressantes, apenas 1 participante afirmou ainda possuir sintomas de trauma (primário). Considerando isso, todos os participantes foram questionados sobre a sua resiliência, especificamente em relação aos fatores considerados importantes para a manutenção de um processo de adaptação positiva em contexto profissional. Foram identificadas as seguintes menções: suporte de próximos (n=22); atividades de lazer (ler, exercício físico, passeios na natureza, viagens, desporto) (n=21); separação da vida profissional e pessoal (n=15); experiência como fator para o controlo emocional (n=8);

empatia (n=7); e boa relação com os colegas (n=7). Para além destes fatores, ainda foi referido pelos participantes: a vida social como elemento de distração, perceção dos limites, formação, distanciamento emocional, gratificação no trabalho, personalidade, entre outras.

Figura 2.

Fatores de proteção para a resiliência



2.6 Resiliência vicariante

Relativamente às repostas direcionadas à resiliência vicariante, diante da pergunta “Ao acompanhar situações de resistência face às adversidades de vida, por parte dos utentes, sentiu-se influenciado pelas suas atitudes?”, 27 participantes (75%), da amostra total (n=36), afirmaram ter passado por situações de “inspiração” diante de atitudes de utentes ao enfrentarem eventos adversos.

Quanto à pergunta “Em que aspetos a experiência de resiliência vicariante influenciou a sua vida e inspirou-lhe a lidar com adversidades?”, a maioria (63%, da amostra de 27) respondeu haver uma “maior relativização dos problemas”.

“Cada vez mais valorizo a minha vida de acordo com a resistência que vejo nas pessoas. A capacidade de ver e ultrapassar problemas faz-me bem no sentido de não deixar sair aquilo que tenho... É preciso ver, de facto, a realidade dos outros e a desgraça para pensarmos: bem tenho que refletir, aquela pessoa consegue com aquele cenário e eu às vezes queixo-me só porque falta uma determinada coisa” (Juliana, 36 anos. Página 3 da transcrição).

“Tu vês às vezes pessoas com vidas tão complicadas, tão confusas e com uma postura, uma calma, uma maneira de ser que ficas a pensar: bem, a minha vida ao pé disto não se compara. Começas-te a pesar” (Bernardina, 48 anos. Página 4 da transcrição).

“Quando penso, por exemplo, que estou a passar por uma crise financeira e depois lembro-me que aquela pessoa conseguiu com o pouco dinheiro que tinha e com as circunstâncias e filhos que tinha, penso também: okay, afinal também consigo (risos)” (Francisca, 32 anos. Página 5 da transcrição).

Situações de “maior consciencialização para com os problemas” foram referidas por 7 participantes (26%, da amostra de 27), bem como a aquisição de novos traços pessoais (ex: assertividade, confiança, persistência, força de vontade, tolerância).

“Tornei-me mais confiante... mais ... mais assertiva e... mais consciente dos problemas da própria sociedade” (Telma, 38 anos. Página 3 da transcrição).

“Fez-me ver que tudo o que vemos na vida nem é sempre o que aparenta. Às vezes criamos ideias erradas das pessoas e que debaixo daquela imagem está uma pessoa sensível com as suas emoções” (Ana, 48 anos. Página 4 da transcrição).

“A força dela e a força de vontade” (Matilde, 42 anos. Página 4 da transcrição, sobre ter sido influenciada por uma utente que superou uma situação difícil).

Seis participantes (22,2%, da amostra de 27) mencionaram a utilização de casos específicos de utentes como fonte de inspiração para “convocar” a sua própria resiliência.

“Sim tive uma situação de uma utente vítima de violência doméstica que neste caso foi uma situação de sucesso. (...) Foi ali uma situação que me ajudou a convocar resiliência e inspiração, no meu dia-a-dia” (Bárbara, 40 anos, página 3 da transcrição).

“De achar que há pessoas que são autênticas heroínas. Foi algo que se traduziu numa grande admiração e respeito por todas as

outras pessoas. (...) Porque às vezes nas minhas situações que me dão uma certa ansiedade, penso “bem e aquela mulher que passou por aquilo” (Filipa, 50 anos. Página 3 da transcrição).

Cinco participantes referiram a existência de um processo de aprendizagem com os utentes, fornecendo-os uma “camada protetora” quando lidam com situações semelhantes.

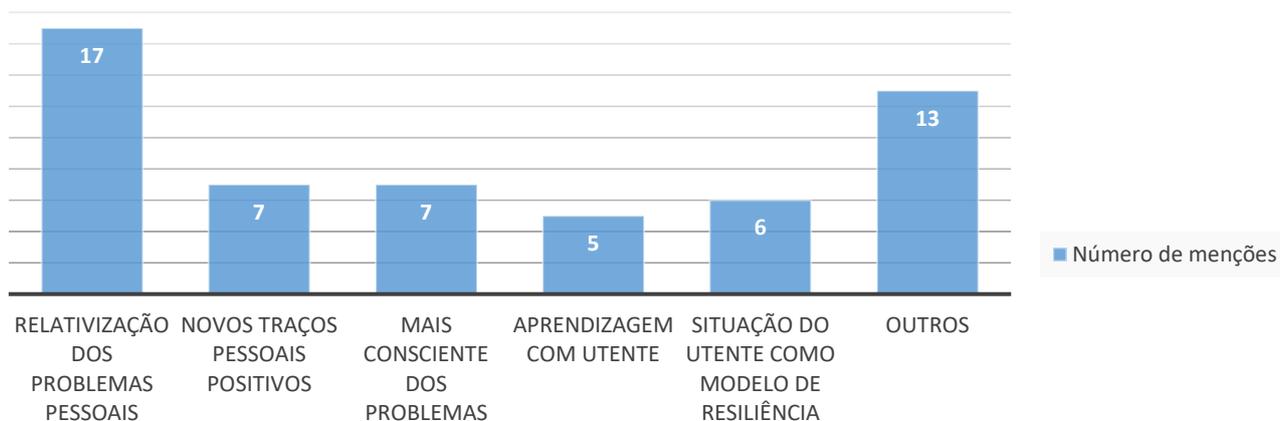
”(silêncio) Acho que isso está.... Pode não ser uma pessoa em específico, mas há pessoas que lutam tanto, que acabam por nos ensinar a ter uma resiliência, perante aquela situação.... Pode não ter ficado uma pessoa, mas num conjunto que nós trabalhamos e ajudamos ... acho que fica como... já está na nossa pele. (...) Por exemplo, imagina que acontece uma tragédia a mim, se calhar... a pessoa já tinha a estrutura para aguentar, porque já sabe que muita gente conseguiu” (Mónica, 58 anos. Página 4 da transcrição).

“Não sei... Acho que há uma reciprocidade...E não só! Acho que há uma reciprocidade de emoções de crescimento. Nós também crescemos com eles, porque vemos situações de resiliência. Quantas situações que oiço de situações traumáticas e as pessoas lutam incansavelmente e são modelos para a vida” (Alice, 45 anos. Página 5 da transcrição).

Por fim, os participantes destacaram resiliência vicariante como responsável pelo aumento da “resistência” pessoal (n=4), maior gratificação pelo trabalho (n=3), maior valorização da família (n=3), humor positivo (n=2), existência de “crescimento” pessoal (n=1).

Figura 3.

Influência de resiliência vicariante



Nota: Os valores indicados representam o número total de menções referidas pela amostra de 27 participantes

2.7 Escalas psicométricas

A maioria dos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação corrobora os depoimentos prestados pelos participantes. Foi possível verificar baixos níveis de sintomas psicopatológicos e altos níveis de resiliência em contexto de trabalho e a nível pessoal.

2.7.1 BSI

A maioria dos participantes (n=33) apresentou resultados inferiores ao critério necessário para a probabilidade de psicopatologia (Anexo IV). Respetivamente aos valores do IGS (Índice Geral de Sintomas), verificou-se um resultado mínimo de 0,037 e máximo de 1.320 (\bar{x} = 0.585; s^2 = 0.095; DP= 0.308).

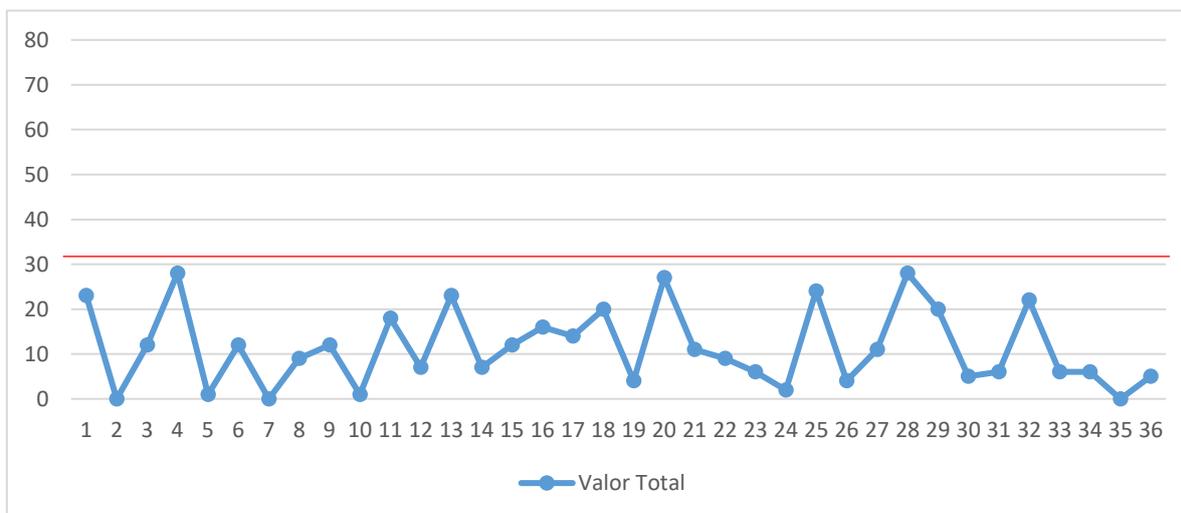
Em relação ao ISP (Índice de Sintomas Positivos), o resultado mínimo foi de 1 e máximo de 1.8 (\bar{x} = 1.312; s^2 = 0.087; DP 0.295). Sendo o ISP o índice mais utilizado no BSI para a identificação de probabilidade de psicopatologia, 3 participantes demonstraram níveis acima do ponto de corte (1.7), sugerindo presença de sintomas psicopatológicos (Sousa, 2012, p.67).

2.7.2 PCL-5

Nenhum participante apresentou valor igual ou superior ao ponto de corte (31). Foi registado um valor mínimo de 0 e valor máximo de 28. (\bar{x} = 11.417; s^2 = 74.54; DP=8.63).

Figura 4.

Escores do PCL-5

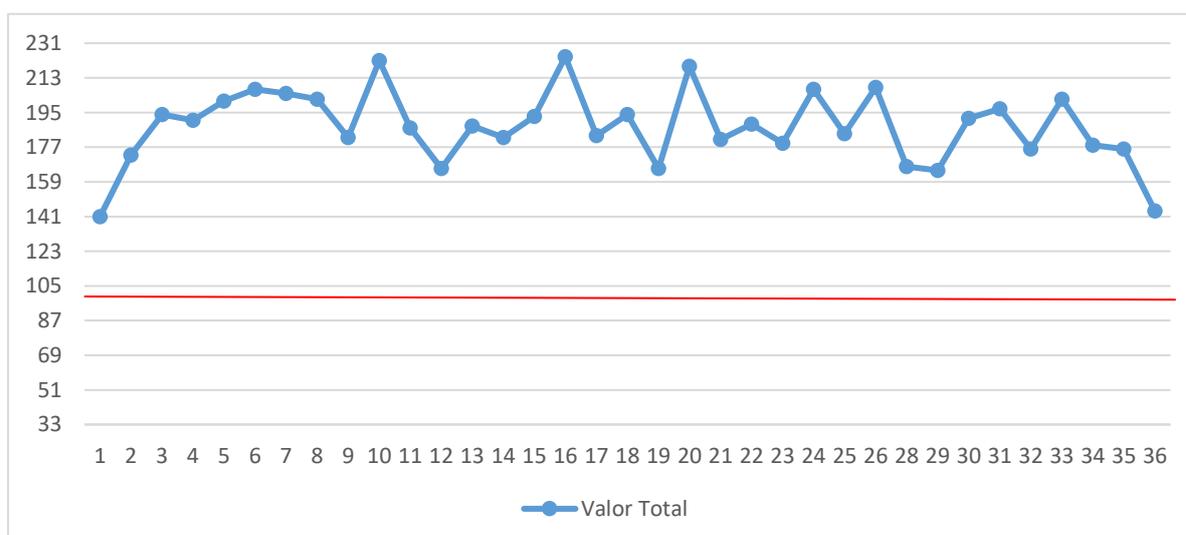


2.7.3 ERA

Foi possível verificar níveis elevados de resiliência em todos os participantes. Considerando o facto da ERA não possuir ponto de corte, foi considerado o ponto médio da sua variação (99) e feita uma análise de amplitudes. Sabe-se que, quanto maior é o valor total, maior é o nível de resiliência (Pereira et al., 2016). O escore mínimo verificado foi 141 e o máximo 224 ($\bar{x}= 187.57$; $s^2= 368.310$; $DP=19.191$). É importante realçar que, na aplicação da escala, um resultado demonstrou-se inválido devido ao preenchimento incorreto dos itens, sendo contabilizado apenas 35 participantes para esta análise.

Figura 5.

Escores do ERA



Capítulo III:

O processo vicariante nos assistentes sociais da Ilha Terceira

1. Discussão e considerações

Os resultados obtidos nas escalas psicométricas corroboram o depoimento e o nível de stress relatado pelos participantes e, embora 7 participantes tenham referido sintomas que poderiam ser de TV, a análise geral sugere a inexistência de tal quadro. Na maioria dos participantes, verificamos pontuações baixas no BSI e no PCL-5 e pontuações mais altas na ERA. Apesar de 3 participantes terem apresentado número superior ao ponto de corte no ISP, do BSI, a verificação dos escores obtidos nos outros índices do instrumento, no PCL-5 e no ERA, indicaram ausência de psicopatologia. A análise das entrevistas reforça tal conclusão. Apenas 1, dos 3 participantes, apresentou tendência a ansiedade e sintomas depressivos esporádicos, entretanto não parecendo cumprir critérios para nenhuma das psicopatologias.

Devido aos casos que os assistentes sociais acompanham, era expectável as situações relatadas apresentarem conteúdo stressante. Como constatam Munger et al. (2015), a exposição a informação, por vezes, privada da vida do utente, induz uma aproximação do profissional à situação, podendo desencadear maior vulnerabilidade, despertando emoções de tristeza, ansiedade, frustração, entre outras.

Estudos apontam que as características do trabalho, a interação com uma carga elevada de conteúdo traumático, a falta de suporte no trabalho e/ou de treino formal para lidar com situações de trauma são algumas das razões para a aquisição de TV (McCann e Pearlman, 1990; Cohen & Collens, 2013; Maguire & Byrne, 2017). Independentemente da função exercida no campo de trabalho, a maioria dos participantes referiu ter manifestado sintomas de stress a curto prazo, devido à exposição a EPTs relatados por utentes, ou mesmo por presenciar eventos adversos. Esta sintomatologia, por sua vez, aparenta ser diversa na sua influência, afetando vários campos da vida quotidiana dos assistentes sociais, influenciando a vida pessoal e a vida profissional.

Presenciar situações de violência, sofrer tentativas de agressão e lidar com crianças em risco foram os eventos considerados mais impactantes pelos profissionais entrevistados neste estudo. Esta realidade corrente compõe a vida profissional de quem trabalha em Serviço Social. Comportamentos agressivos por parte dos utentes podem ocorrer quando a resposta do profissional não satisfaz as suas expectativas. Para além do carácter pessoal da informação partilhada pelo utente, a não obtenção da resposta

desejada pode gerar sentimento de injustiça ou indignação, levando à culpabilização do assistente social (Glódź, 2022). Consequentemente, qualquer situação que ameace o bem-estar do indivíduo, como por exemplo uma atitude hostil do utente direcionada ao assistente social, pode corresponder a um EPT (Bonanno e Mancini, 2008; Knipscheer et al., 2020). Situações de carácter direto, e com maior nível de intensidade, como a agressão física, aparentam ter maior probabilidade de desencadear sintomas de stress.

Como destacado, situações de risco com crianças foram referidas pelos profissionais participantes deste estudo como fontes de maior stress, seguidas das situações de violência ou tentativas de agressão. O impacto das situações com crianças pode ser justificado pela maneira como a criança é representada na sociedade. Sendo uma sociedade com fortes valores ligados à necessidade de proteção da criança, bem como procura do seu bem-estar, os profissionais podem estar mais sensibilizados em situações de risco com essa população (Gordon, 2018). Ainda, a formação dos assistentes sociais torna-os mais sensibilizados para esta faixa etária, uma vez que é destacada a maior vulnerabilidade das crianças, tornando a sua proteção um dever do profissional (SWLM, 2022).

1.1 Trauma vicariante

Considerando que estudos apontam que a idade e experiência profissional são fatores associados aos sintomas de stress (Gayton & Lovell, 2012; Kobayashi et al., 2019; Miguel – Puga et al., 2021), a primeira hipótese do estudo foi que os assistentes sociais mais jovens e com menos tempo de experiência apresentariam maiores níveis de stress. Contudo, tal hipótese não se verificou e, portanto, não é possível assumir que a idade e experiência influenciem o TV.

1.1.1 Exposição a eventos stressantes vs trauma vicariante

De acordo com os depoimentos dos participantes, o histórico stressante (exposição a eventos potencialmente traumáticos antes e durante a profissão) não tem ligação com o desenvolvimento de sintomas de TV. Ao avaliarmos a relação entre histórico stressante e possível TV, 4 participantes, da amostra de 7 que afirmaram ter sintomas de TV, mencionaram os mesmos eventos stressantes no trabalho na pergunta direcionada a avaliar a existência de TP e na pergunta de avaliação da existência de TV (3 afirmaram o mesmo evento em ambas as perguntas de TP e TV– crianças. O 4º participante refere situação com idosa sem suporte na pergunta de TP, como também a de TV). Devido ao reduzido número de participantes que mencionaram a possibilidade de TV, não foi possível responder à segunda hipótese “os sintomas de trauma vicariante correlacionam-se com o histórico stressante primário do indivíduo, antes ou durante a

profissão”. Apesar disso, a ligação entre as mesmas respostas direcionadas às perguntas de TP e TV sugere que a existência de um histórico stressante pessoal revela ser um fator de risco para o possível desenvolvimento de TV (Phoenix, 2020). Por um lado, a menção das mesmas situações para a resposta às perguntas de TP e TV podem ser vistas como a dificuldade de os participantes saberem identificar a causa dos seus sintomas. Por outro, a menção dos mesmos eventos para descrever fenómenos distintos (TP e TV) nos leva a pensar na possibilidade de que um evento que apresente pessoalidade para o indivíduo pode aumentar a probabilidade de surgir TV. Um exemplo refere-se às 3 participantes que indicaram “crianças em risco” como o evento mais stressante e impactante na questão direcionada ao TP e TV. Duas das 3 participantes são mães e afirmaram tal fator como sendo a causa para maior sensibilidade diante de casos com crianças (Partlak et al., 2019). A amostra do presente estudo não permite inferir que a maternidade é um fator relevante no desenvolvimento de TV. Futuros estudos poderiam verificar o grau de influência da maternidade e da paternidade nos sintomas de TV de profissionais que trabalham com crianças.

1.1.2 Ausência de sintomas de TV

Nenhum dos participantes alega ter tido sintomas de trauma a longo prazo, devido ao impacto de uma situação de stress no trabalho. Tendo em conta que não foi identificado TV na amostra do presente estudo, sendo apenas referido sintomas de stress consequente da “transferência de sintomas com utentes”, iremos nos referir a tais sintomas como sintomas de “stress vicariante”. Embora os sintomas de stress vicariante tenham sido reportados por 7 participantes, questiona-se se tais sintomas eram mesmo oriundos de um fenómeno vicariante ou, pelo contrário, seria o stress consequente de outra experiência, não correspondente ao conceito. Segundo os resultados nos campos “valores e crenças”, “autoestima”, “dificuldade em relação interpessoal”, “empatia” e “desempenho” não é possível afirmar que a mudança dos participantes se deu através da situação de stress vicariante. Apesar de 2 participantes terem relatado mudança em relação a “valores e crenças”, os mesmos reforçaram como fator positivo de aprendizagem e não de conotação negativa, devido a sintomas de stress. Quanto ao “desempenho prejudicado”, onde os participantes demonstraram maior nível de influência nos sintomas de stress, a carga elevada de trabalho foi dada como a razão principal, e não propriamente situações com utentes. Deste modo, conclui-se que não existe fatores suficientes para uma clara verificação de TV nos participantes. A existência de uma aparente confusão entre stress/trauma primário e TV e a dificuldade em separar os dois fenómenos, ainda revela ser um obstáculo na literatura atual. Segundo Branson (2019), apesar de o TV ser um termo estreitamente definido, é

apresentado sob várias terminologias, características e sintomas que se sobrepõem a outros conceitos (ex: trauma secundário, fadiga por compaixão, *burnout*, PTSD, entre outros). Destaca ainda a falta de termos operacionalizados, má gestão do vocabulário e o uso de terminologia incorreta na concepção e realização de pesquisas, criando potenciais vulnerabilidades à confiabilidade e validade dos resultados. Em relação a este estudo, com as situações stressantes presenciadas, acredita-se ter surgido um fenómeno de sensibilização, dinamizado por um sentimento de empatia ou ligação do evento stressante dos utentes a um evento de stress primário ou vicariante que tenha ocorrido na vida dos participantes.

1.1.3 Fatores de influência para o desenvolvimento de TV

De acordo com o estudo realizado, e apoiado na literatura, é possível pensar em 10 possíveis fatores que influenciam o surgimento de TV: 1) empatia do profissional; 2) qualidade da descrição do evento por parte do utente; 3) atenção do profissional à descrição do utente; 4) proximidade relacional entre profissional e utente; 5) característica do local; 6) intensidade do evento; 7) histórico pessoal do profissional; 8) personalidade do profissional; 9) inteligência emocional; 10) experiência de trabalho (Munger et al, 2015; Cohen, & Collens, 2013; NHIM, 2019; Dunkley & Whelan, 2006).

A capacidade de compreensão do sofrimento do outro, bem como a sua intensidade, facilita a intervenção necessária para a resolução do problema, porém revela risco de um processo de transação de sofrimento, caso a distância profissional não seja moderada (Rauvola et al., 2019). De acordo com Scopelliti (2017), a distância profissional é o espaço que um profissional deve manter entre sua relação profissional com o outro, e qualquer outra relação que ele tenha com essa pessoa. Ao manter esse espaço, o profissional pode cumprir as suas obrigações profissionais, ser visto de forma imparcial e/ou não exploradora em relação ao outro, bem como manter o seu bem-estar pessoal.

Outro fator que pode influenciar o desenvolvimento de TV é o modo que o utente descreve os seus EPTs. A maneira como o utente expõe o seu sofrimento, a descrição de detalhes, clareza do depoimento e o próprio carisma do utente são elementos de discurso importantes para uma maior probabilidade de captação da audiência, sendo neste caso o profissional (Lloyd-Hughes, 2015). Como se verifica a necessidade de características específicas para uma maior captação e empatia do profissional, também é necessário que este detenha a capacidade de atenção e escuta ativa necessária para identificar as características e ativar o processo de transação de emoções de trauma do utente para si mesmo (Oliveira et al., 2018).

Todos os fatores listados possuem um papel relevante na possível aquisição de TV e permitem uma maior proximidade entre profissional e utente, tornando o assistente social mais sensível à situação com que lida. A não moderação do envolvimento emocional, a relação próxima entre profissional e utente, a presença de uma determinada personalidade ou um profissional com fraca gestão de emoções para lidar com a intensidade do stress que a situação exige, são fatores de risco que, caso não tenham equilíbrio, promovem o surgimento de TV (Dunkley & Whelan, 2006; Cohen, & Collens, 2013; Munger et al, 2015; NHIM, 2019).

1.2 Resiliência vicariante

Um número significativo de participantes deu informações que sugerem presença de RV, o que confirma a terceira hipótese do estudo, nomeadamente (c) “os níveis de sintomas de trauma vicariante e resiliência vicariante apresentarão uma relação assimétrica, com maior prevalência de resiliência vicariante”. De acordo com os participantes, a resiliência primária parece ter como principal causa o suporte de pessoas presentes na vida dos mesmos. Vinte e dois participantes, da amostra de 36, mencionam o suporte familiar, de amigos e parceiros como meio de convocação de resiliência primária. Segundo Hernandez- Wolfe (2018), a resiliência primária encontra-se enraizada na resiliência vicariante. Em pessoas que utilizam “o outro” como um dos fatores para a causa da sua resiliência primária, é previsto que igualmente utilizem um momento de resiliência visto em pessoas, como por exemplo os seus utentes, para convocar a sua própria resiliência.

1.2.1 Compreensão empírica sobre fenómeno de RV

A RV surge de uma relação empática com o utente, capaz de fornecer uma maior consciencialização sobre a gravidade dos problemas, bem como a relativização dos próprios (Ngadjui, 2021), A relativização dos problemas aparenta ser o efeito predominante nos participantes. Os participantes referem utilizar a gravidade da situação dos seus utentes como grau comparativo para as suas próprias adversidades, influenciando-os a convocar uma atitude de minimização dos seus problemas (Puvimanasinghe et al., 2015). Este grau de comparação não se estende só à relativização dos problemas, mas também à utilização do utente como modelo inspirador de uma mentalidade positiva e uma referência para a resolução das suas próprias adversidades. Considerando isso, é possível alegar que o que ocorre é um processo de aprendizagem social e psicológica (utente-assistente social), levando a um fenómeno, por vezes inconsciente, de mimica comportamental. Esta última reflexão, leva-nos à seguinte questão a ser elaborada neste ponto.

1.2.2 “Mas afinal, quais são os fatores para a promoção de RV?”

Segundo Hernandez-Wolfe e colegas (2014), TV e RV são processos que podem ocorrer naturalmente nos profissionais em face de histórias de vulnerabilidade e disrupção ou adaptação e bons recursos de enfrentamento. Hernandez-Wolfe (2018, p.12) afirma ainda que TV e RV são fenômenos ligados entre si, que ocorrem naturalmente, sendo assim possível dizer que os fatores para o aparecimento de RV no indivíduo são os mesmos que podem levar ao TV. O nível de relacionamento e a conexão empática entre o profissional e o utente continua a ser um fator decisivo para o potencial desenvolvimento de um fenómeno vicariante. Existem situações stressantes em que o indivíduo não se considera capaz de ultrapassar o seu problema, devido à gravidade da sua natureza. Ao ver o utente a ultrapassar uma situação igual ou semelhante, demonstrando ser exequível, é possível o indivíduo “inspirar-se” a adotar a mesma resiliência (Edelkott, et al 2016; Hernandez-Wolfe, 2018).

1.2.3 Maior prevalência de RV, em comparação com TV

Os resultados apontam o carácter positivo do processo vicariante nos assistentes sociais da Ilha Terceira, isto é, sugerem presença de RV. Se as condições são as mesmas entre TV e RV para o seu desenvolvimento, qual seria a razão para a maior prevalência de RV na amostra deste estudo? Embora os dados não consigam responder propriamente a esta questão, é possível lançar hipóteses.

Sendo o indivíduo um elemento reprodutor do meio em que se insere (Vieira, 2020), com tendência natural para a resiliência (caso não exista alguma psicopatologia que a dificulte ou impeça) (Almedom, 2015; Wu et al., 2020), é possível pensar nos níveis elevados de resiliência primária e características do meio como uma das principais causas para a prevalência de RV nos assistentes sociais da Ilha Terceira, em contraponto com sintomatologia TV. Os fatores de proteção associados à amostra deste estudo foram: uma boa rede de suporte emocional, distração social e outras atividades de lazer, mecanismos de *coping* , boa capacidade de distanciamento entre vida profissional e pessoal, bem como a formação, com ênfase à preparação contra riscos de exposição a conteúdo traumático.

A resiliência tem ligação com o desejo de atingir a felicidade e bem-estar na vida (Short et al., 2020). A presença de bons níveis de resiliência primária nos participantes significa uma maior tendência para identificação e uso de mecanismos que favoreçam o seu bem-estar (Cherry, 2022). A identificação de mecanismos resilientes pode passar pela visualização do comportamento dos utentes que, através de uma relação empática, motiva os participantes a fortalecer a sua resiliência.

Ainda, sendo o indivíduo um ser do coletivo, cuja sociedade influencia as suas atitudes e, portanto, a capacidade de lidar com as adversidades (Li, 2020), podemos pensar na região da Ilha Terceira como outro fator relevante para a ausência de sintomas traumáticos na amostra. Considerando ser uma ilha pouco urbanizada e com reduzida densidade populacional, falamos de um ambiente propício a um estilo de vida pacífico, isento de um clima frenético típico de cidades mais desenvolvidas (Mendoza-Castejón & Clemente Suárez, 2020). Outro benefício de uma comunidade pequena, refere-se ao modo de interação entre os seus elementos. Segundo Balish e colegas (2018), em tempos de crise e stress, comunidades pequenas apresentam maiores níveis de cooperação. Em momentos de stress, como perante EPTs no trabalho, os participantes mencionaram a presença de pessoas como elementos de suporte para lidar com as adversidades, incluindo os próprios colegas de trabalho. A maior predominância de um sistema cooperativo e do auxílio comunitário numa determinada região permite um processo vicariante positivo, ou seja, a RV. O contrário, um ambiente com mais fatores de risco, com maiores níveis de individualismo e stress teria, assim, maior tendência para um processo vicariante negativo, nomeadamente TV.

Apesar de um indivíduo com níveis de resiliência primária possuir maior tendência para a RV (Hernandez-Wolfe, 2018), esta norma não deve ser generalizada a todas as situações ou vista como absoluta. A realidade de o indivíduo ter sempre risco de trauma perante um evento stressante continua ao longo da vida. Diversos estudos (Cohen, & Collens, 2013; Finklestein et al., 2015; Maguire & Byrne, 2017; Cosden et al., 2016; NHIM, 2019; Kim et al., 2021) têm demonstrado que, caso a exposição a um EPT inclua fatores como envolvimento emocional exacerbado, descrição gráfica de um evento stressante intenso, histórico pessoal do profissional que favoreça a sensibilização ao evento, débil inteligência emocional e pouca experiência de trabalho do profissional, haverá maior probabilidade do desenvolvimento de TV.

2. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o número limitado da amostra não permite generalizar os resultados, nem mesmo inferir sobre o impacto de EPTs nos assistentes sociais da Ilha Terceira. Segundo, a forte concentração em apenas uma área de atuação do serviço social (ação social) não permite uma avaliação heterogénea e representativa sobre as várias áreas que engloba o serviço social. Terceiro, a assimetria de género da amostra não possibilita a verificação de diferenças sintomáticas entre os elementos do sexo feminino e masculino. Em quarto lugar, a inexistência de escalas validadas em Portugal para a avaliação de TV, sendo usados outros instrumentos para avaliar a presença de sintomas de TV. Em quinto lugar, como

antes mencionado, a região pouco urbanizada poderá revelar critério para escassez de sintomas psicopatológicos, devido a menor densidade populacional e estilo de vida mais pacífico (Mendoza-Castejón & Clemente Suárez, 2020). Embora o estudo não represente toda a realidade portuguesa, este pode salientar as características de regiões fleumáticas para a influência de eventos stressantes e traumáticos no indivíduo. Por fim, o caráter transversal do estudo permite uma análise superficial sobre a condição emocional dos membros da amostra, no momento em que ocorreu o estudo, não relatando a sua densidade e variação ao longo do tempo de vida profissional.

3. Conclusão

A maior presença de RV nos assistentes sociais aparenta ter uma conexão com os seus bons níveis de resiliência primária, de acordo com os resultados das escalas psicométricas e depoimentos registados nas entrevistas do presente estudo. Profissionais com tendência a convocar resiliência primária têm maior probabilidade de utilizar a empatia como elemento potenciador de RV, em vez de TV. Para além das características pessoais, outros fatores podem estar associados à maior prevalência de RV, como a boa dinâmica no trabalho e a baixa densidade populacional da região dos participantes, que parece promover um espírito comunitário que facilita a entreatajuda em caso de stress na vida profissional.

Uma análise longitudinal dos fatores correlacionados com os processos vicariantes e primários é necessária para a continuação do desenvolvimento destes conceitos, facilitando a sua diferenciação na literatura. Futuros estudos poderão explorar a influência de características de personalidade e aspetos culturais no desenvolvimento de TV ou RV. Embora já exista estudos que analisam fatores externos, como por exemplo as características do local de trabalho (Burrus, 2018; Knodel, 2018; Branson, 2019), poderia ser igualmente interessante a existência de uma focalização nas características dos utentes, para a verificação de influências que pareçam suscitar TV/RV nos profissionais da área de serviço social ou outra área semelhante.

Referências Bibliográficas

- Acevedo, V. E., & Hernandez-Wolfe, P. (2020). Community mothers and vicarious resilience: An exploration in a Colombian community. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(3), 365-383. <https://doi.org/10.1177/0022167817717840>
- Almedom, A. M. (2015). Understanding human resilience in the context of interconnected health and social systems: Whose understanding matters most? *Ecology and Society*, 20(4). <https://doi.org/10.5751/ES-08195-200440>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anne Dombo, E., & Whiting Blome, W. (2016). Vicarious trauma in child welfare workers: A study of organizational responses. *Journal of Public Child Welfare*, 10(5), 505-523. <https://doi.org/10.1080/15548732.2016.1206506>
- Arriaga, M. A. T. (2018). *O Impacto Do Evento Na Resposta Ao Trauma* (Tese de Doutoramento não editada) Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.6/4820>
- Ashley-Binge, S., & Cousins, C. (2020). Individual and organisational practices addressing social workers' experiences of vicarious trauma. *Practice*, 32(3), 191-207. <https://doi.org/10.1080/09503153.2019.1620201>
- Bae, J., Jennings, P. F., Hardeman, C. P., Kim, E., Lee, M., Littleton, T., & Saasa, S. (2020). Compassion satisfaction among social work practitioners: The role of work–life balance. *Journal of Social Service Research*, 46(3), 320-330. <https://doi.org/10.1080/01488376.2019.1566195>
- Bakhshi, J et al., (2021). Vicarious Trauma in Law Students: Role of Gender, Personality, and Social Support. *International Journal of Criminal Sciences*, 16(1), 34-50. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4756491>
- Balish, S. M., Rainham, D., & Blanchard, C. (2018). Volunteering in sport is more prevalent in small (but not tiny) communities: Insights from 19 countries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16(2), 203-213. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2015.1121510>
- Baugerud, G., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors, *British Journal of Social Work*, 48, 215–35. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>

- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M. J. (2022). Dynamic Psychotherapy as a PTSD Treatment for Firefighters: A Case Study. *Healthcare*, 10(3), 530. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10030530>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... & Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
- Boulanger, G. (2018). When is vicarious trauma a necessary therapeutic tool? *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 60-69. <https://doi.org/10.1037/pap0000089>
- Burruss, G. W., Holt, T. J., & Wall-Parker, A. (2018). The hazards of investigating internet crimes against children: Digital evidence handlers' experiences with vicarious trauma and coping behaviors. *American Journal of Criminal Justice*, 43(3), 433-447. <https://doi.org/10.1007/s12103-017-9417-3>
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vol. II – Vulnerabilidade, stress e adaptação* (37-62). Coimbra: *Imprensa da Universidade de Coimbra*. URL: https://digitalis.uc.pt/pt-pt/livro/escala_de_resili%C3%Aancia_para_adultos_era
- Breslau, N., & Schultz, L. (2013). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: A prospective investigation. *Psychological Medicine*, 43(8), 1697–1702. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002632>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G. S., & McCreary, D. R. (2019). Exposures to potentially traumatic events among

- public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/cbs0000115>.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
 - Chaplin, L. A. (2021). *Vicarious Resilience: Stages of Development, Emotional Intelligence, and Leadership* (Tese de Doutorado não editada, The Chicago School of Professional Psychology). University of Chicago, Chicago, USA.
 - Cherry, K. (2022). *What Is Resilience?* Consultado em 4 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059>
 - Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
 - Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasyntesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580. <https://doi.org/10.1037/a003038>.
 - Constantine, M. G. (2001). Multicultural training, theoretical orientation, empathy, and multicultural case conceptualization ability in counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 357–372. <https://link.gale.com/apps/doc/A80553854/AONE?u=anon~67a2b1b&sid=googleScholar&xid=abda03ae>
 - Constantine, M. G., Gloria, A. M., & Ladany, N. (2002). The factor structure underlying three self-report multicultural counseling competence scales. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(4), 334–345. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.8.4.335>
 - Cosden, M et al., (2016). Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers. *Substance abuse*, 37(4), 619-624. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1181695>
 - Crispim, R. (2020). Velhice (s) e participação em estruturas residenciais para idosos percebidas por pessoas idosas e assistentes sociais: um estudo

- qualitativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 6(1), 81-96. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/1124>
- Cuartero, M. E. (2018) Compassion fatigue: how to be a social work professional and not break down in the attempt, *Revista Cuadernos de Trabajo Social*, 11(1), 9–31.
 - Cummings, C., Singer, J., Moody, S., & Benuto, L. (2020). Coping and work-related stress reactions in protective services workers, *British Journal of Social Work*, 50(1), 62–80. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz082>
 - Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social work*, 48(4), 451-459. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451>
 - Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
 - Diaconescu, M. (2015). Burnout, secondary trauma and compassion fatigue in social work. *Revista de Asistență Socială*, (3), 57-63.
 - Didham, S., Dromgole, L., Csiernik, R., Karley, M. L., & Hurley, D. (2011). Trauma exposure and the social work practicum. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(5), 523-537. <https://doi.org/10.1080/08841233.2011.615261>
 - Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116. <https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
 - Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and variations. *The American journal of orthopsychiatry*, 86(6), 713–724. <https://doi.org/10.1037/ort0000180>
 - Engstrom, D. W., & Okamura, A. (2004). Working with Survivors of Torture: Approaches to Helping. *Families in Society*, 85(3), 301–309. <https://doi.org/10.1177/104438940408500304>
 - Fazenda, I. (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Public Sciences & Policies*, 3(1), 81-104. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2017.VIIIN1/pp.81-104>
 - Finklestein, M et al., (2015). Posttraumatic Stress Disorder and Vicarious Trauma in Mental Health Professionals. *Nasw Press*, 40, 25-31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
 - Fortes, C. C. M. T. (2020). *Serviço social e saúde mental: a prática profissional do assistente social na saúde mental em contexto hospitalar* (Dissertação de

mestrado não editada, Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Instituto Universitário de Lisboa, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10071/21083>

- Fox, M. (2019). Compassion fatigue and vicarious trauma in everyday hospital social work: A personal narrative of practitioner–researcher identity transition. *Social Sciences*, 8(11), 313. <https://doi.org/10.3390/socsci8110313>
- Frey, L. L., Beesley, D., Abbott, D., & Kendrick, E. (2017). Vicarious resilience in sexual assault and domestic violence advocates. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(1), 44–51. <https://doi.org/10.1037/tra0000159>
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76. <https://doi.org/10.1002/mpr.143>
- Garland, C. (2018). Understanding trauma: A psychoanalytical approach. *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780429484575>
- Gayton, S. D., & Lovell, G. P. (2012). Resilience in ambulance service paramedics and its relationships with well-being and general health. *Traumatology*, 18(1), 58-64. <https://doi.org/10.1177/153476561039672>
- Gilin, B., & Kauffman, S. (2015). Strategies for teaching about trauma to graduate social work students. *Journal of Teaching in Social Work*, 35, 378–396. <https://doi.org/10.1080/08841233.2015.1065945>
- Glódź, N. (2022). Conflict and aggression in the profession of a social worker. *Rozprawy Społeczne*, 15(4), 96-109. <https://doi.org/10.29316/rs/144841>
- Prayag, G., Spector, S., Orchiston., C & Chowdhury., M. (2020). Psychological resilience, organizational resilience and life satisfaction in tourism firms: insights from the Canterbury earthquakes, *Current Issues in Tourism*, 23:10, 1216-1233. <https://doi.org/10.1080/13683500.2019.1607832>
- Gonzalez-Guarda, R. M., Williams, J., Lorenzo, D., & Carrington, C. (2021). Desired characteristics of HIV testing and counseling among diverse survivors of intimate partner violence receiving social services. *Health & Social Work*, 46(2), 93-101. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlab003>
- Gordon, L (2018). *Child Welfare: A Brief History*. Consultado em 3 de setembro de 2022. Disponível em: <https://socialwelfare.library.vcu.edu/programs/child-welfarechild-labor/child-welfare-overview/>

- Grauerholz, K. R., Fredenburg, M., Jones, P. T., & Jenkins, K. N. (2020). Fostering Vicarious Resilience for Perinatal Palliative Care Professionals. *Frontiers in pediatrics*, 8, 572933. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.572933>
- Greene, D., Mullins, M., Baggett, P., & Cherry, D. (2017). Self-care for helping professionals: Students' perceived stress, coping self-efficacy and subjective experiences. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 22(17), 1–16. <https://doi.org/10.18084/1084-7219.22.1.1>
- Greene, R. R., & Dubus, N. (2017). *Resilience in action: An information and practice guide* (1st ed.). Washington, DC: NASW Press.
- Grove, K. (2018). *Resilience* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315661407>
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2015). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01613>
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0621-7>
- Hernandez-Wolfe, P & Engstrom, D & Gangsei, D. (2010). Exploring the Impact of Trauma on Therapists: Vicarious Resilience and Related Concepts in Training. *Journal of Systemic Therapies*. 29(1). 67-83. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.1.67>
- Hernandez-Wolfe, P. (2018). Vicarious resilience: A comprehensive review. *Revista de Estudios Sociales*, (66), 9-17. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.02>
- Hernandez-Wolfe, P. & Gangsei, D. & Engstrom, D. (2007). Vicarious Resilience: A New Concept in Work With Those Who Survive Trauma. *Family process*. 46. 229-41. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x>
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of humanistic psychology*, 55(2), 153-172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>
- Herrenkohl, T. I., Hong, S., & Verbrugge, B. (2019). Trauma-informed programs based in schools: Linking concepts to practices and assessing the evidence. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 373-388. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12362>

- Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., & Zonneveld, R. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*, 89(1), 145-165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Kalaitzaki, A., & Rovithis, M. (2021). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. *Psychiatriki*, 32(1), 19-25. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.001>
- Keyes, C. (2018). Risk and Resilience in Human Development: An Introduction. *Research in Human Development*, 1:4, 223-227. <https://doi.org/10.4324/9780203764374-1>
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/tra0000199>
- Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H., & Macy, R. J. (2022). A Scoping Review of Vicarious Trauma Interventions for Service Providers Working With People Who Have Experienced Traumatic Events. *Trauma, violence & abuse*, 23(5), 1437–1460. <https://doi.org/10.1177/1524838021991310>
- Knight, C. (2019). Trauma informed practice and care: Implications for field instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47(1), 79–89. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0661-x>
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., Ten Have, M., & Dückers, M. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: a general population study based on the trauma screening questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1725. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051725>
- Knodel, R. K. (2018). Coping with vicarious trauma in mental health interpreting. *Journal of Interpretation*, 26(1), 2. <https://digitalcommons.unf.edu/joi/vol26/iss1/2>
- Kobayashi, I., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2019). Gender and age interact to predict the development of posttraumatic stress disorder symptoms following a motor vehicle accident. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 11(3), 328–336. <https://doi.org/10.1037/tra0000366>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... & Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world

- mental health surveys. *Psychological medicine*, 47(13), 2260-2274.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Lee, J., Gottfried, R. & Bride, B. (2018). Exposure to trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 228–35. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0638-1>
 - Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social work*, 62(2), 105-113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
 - Lewis, M. L., & King, D. M. (2019). Teaching self-care: The utilization of self-care in social work practicum to prevent compassion fatigue, burnout, and vicarious trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 96-106. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482482>
 - Li, J. (2020). Humans as social beings-From "People first" to "People-centered". *Scientific and Social Research*, 2(2). <https://doi.org/10.36922/ssr.v2i2.957>
 - Lloyd-Hughes, S. (2015). How to Be Brilliant at Public Speaking: Learn the six qualities of an inspiring speaker-step by step. *Pearson UK*.
 - Madeira, S. (2013). *Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático* (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/10486>
 - Maguire, G & Byrne, M (2017). The Law Is Not as Blind as It Seems: Relative Rates of Vicarious Trauma among Lawyers and Mental Health Professionals. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(2), 233-243. <https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1220037>
 - Maitlis, S. (2020). Posttraumatic growth at work. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7, 395-419. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044932>
 - Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 29(4), 604-616. <https://doi.org/10.1002/pon.5314>
 - Maschi, T., Baer, J., Morrissey, M.B., & Moreno, C. (2013). The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 19, 49-64. <https://doi.org/10.1177/1534765612437377>

- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Meichenbaum, D. (2017). Resilience and posttraumatic growth: A constructive narrative perspective. In *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy* (157-171). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315748931-14>
- Mendoza-Castejón, D., & Clemente-Suárez, V. J. (2020). Psychophysiological stress markers and behavioural differences between rural and city primary school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3157. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093157>
- Michalchuk, S., & Martin, S. L. (2019). Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(3), 145–154. <https://doi.org/10.1037/pro0000212>
- Miguel-Puga, J. A., Cooper-Briebesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sanchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garay, J. C., González-Díaz, J. I., Segura-Santos, O. B., Vital-Arriaga, L. C., & Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and behavior*, 11(3), e02007. <https://doi.org/10.1002/brb3.2007>
- Molnar, B., Sprang, G., Killian, K., Gottfried, R., Emery, V. & Bride, B. (2017) Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–42. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Munger, T., Savage, T., & Panosky, D. M. (2015). When caring for perpetrators becomes a sentence: Recognizing vicarious trauma. *Journal of Correctional Health Care*, 21(4), 365-374. <https://doi.org/10.1177/1078345815599976>
- Murden, F., Bailey, D., Mackenzie, F., Oeppen, R. S., & Brennan, P. A. (2018). The impact and effect of emotional resilience on performance: an overview for surgeons and other healthcare professionals. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 56(9), 786-790. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.08.012>

- National Association of Social Workers. (2015). *Code of ethics of the National Association of Social Workers*. Washington, DC: Author.
- National Health Service (NHS) in the UK. (2022). *Symptoms - Post-traumatic stress disorder*. Consultado em 27 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/symptoms/>
- National Institute of Mental Health (NHIM). (2019). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Consultado em 4 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
- Newell, J. M. (2020). An ecological systems framework for professional resilience in social work practice. *Social Work*, 65(1), 65-73. <https://doi.org/10.1093/sw/swz044>
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2016). Clinician response to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Journal of Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 306–313. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Ngadjui, O. T. (2021). Integrating Vicarious Resilience into Counselor Education Programs. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 14(4), 10. <https://digitalcommons.sacredheart.edu/jcps/vol14/iss4/10>
- Phoenix, O (2020). *Personal And Organizational Risk Factors For Vicarious Trauma*. Consultado em 20 de outubro de 2022. Disponível em: <https://olgaphoenix.com/blog/personal-and-organizational-risk-factors-for-vicarious-trauma/>
- Oliveira, M. J. S., de Souza, A., Calvetti, P. Ü., & Filippin, L. I. (2018). A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(2), 33-38. <https://doi.org/10.18316/sdh.v6i2.4732>
- Pope, R. L., Reynolds, A. L., & Mueller, J. A. (2019). *Multicultural competence in student affairs: Advancing social justice and inclusion*. John Wiley & Sons.
- Partlak Günüşen, N., Üstün, B., Serçekuş Ak, P., & Büyükkaya Besen, D. (2019). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International journal of nursing practice*, 25(1), e12717. <https://doi.org/10.1111/ijn.12717>
- Precious, D., & Lindsay, A. (2019). Mental resilience training. *BMJ Military Health*, 165(2), 106-108. <https://doi.org/10.1136/jramc-2018-001047>
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatization: Experiences of working

- with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural psychiatry*, 52(6), 743-765. <https://doi.org/10.1177/1363461515577289>
- Quinn, A., Ji, P., & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work*, 19(4), 504-528. <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
 - Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
 - Reynolds, A. (2020). *Exploring Vicarious Resilience among Practitioners Working with Clients Who Have Experienced Traumatic Events* (Tese de Doutoramento não editada) CUNY, New York, USA. https://academicworks.cuny.edu/gc_etds/3529
 - Ribeiro, S. M. P., & Amaro, M. I. (2018). A saúde mental dos assistentes sociais em Portugal. *Revista Ciências e Políticas Públicas*, (1), 127-146. <http://hdl.handle.net/10071/17090>
 - Rossi, E., Mortimer, J., & Rossi, K. (2011). Facilitating human resilience and resourcefulness for the mind-body healing of stress, trauma, and life crises. Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy. *Nova Science Publishers*, 415-429.
 - Brooks, S. K., Weston, D., Wessely, S., & Greenberg, N. (2021). Effectiveness and acceptability of brief psychoeducational interventions after potentially traumatic events: A systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1923110. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1923110>
 - Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect*, 85, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.019>
 - Scopelliti, V. (2017). *Professional Distance and Conflict of Interest at Work*. Consultado em 7 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.wiseworkplace.com.au/2017/09/professional-distance-and-conflict-of-interest-at-work/>
 - Shalev, A. Y., Gevonden, M., Ratanatharathorn, A., Laska, E., van der Mei, W. F., Qi, W., & van Zuiden, M. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 18(1), 77-87. <https://doi.org/10.1002/wps.20608>

- Short, C. A., Barnes, S., Carson, J. F., & Platt, I. (2020). Happiness as a predictor of resilience in students at a further education college. *Journal of Further and Higher Education*, 44(2), 170-184. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2018.1527021>
- Sidran Institute. (2022). *Traumatic Stress Disorder Fact Sheet*. Consultado em 5 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.sidran.org/wp-content/uploads/2018/11/Post-Traumatic-Stress-Disorder-Fact-Sheet-.pdf>
- Silva M.A. (2017). PCL-C. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 1-4. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_9235-1
- Silva, F. (2020). *Trauma psicológico, resiliência e crescimento pós-traumático: a experiência do encarceramento* (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de pós-graduação em Psicologia). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia, Coimbra, Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/47502>
- SWLM. (2022). *What is Social work?* Consultado em 1 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://socialworklicensemap.com/become-a-social-worker/what-is-social-work/>
- Soler-Ferrería, F. B., Sánchez-Meca, J., López-Navarro, J. M., & Navarro-Mateu, F. (2014). Neuroticismo y trastorno por estrés postraumático: un estudio meta-analítico. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 17-36. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000100003>.
- Sousa, M. (2012). Teoria da mente, inteligência emocional e psicopatologia. *E-Psi-Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 2, 55-76. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2665.8406>
- Sova, Bridget. (2021). The Solution within the Work: A Scoping Review on Vicarious Resilience. *Capstone Projects*. 1. https://scholarworks.wmich.edu/capstone_projects/1
- Sze, W. C., & Ivker, B. (1986). Stress in social workers: The impact of setting and role. *Social Casework*, 67(3), 141-148. <https://doi.org/10.1177/104438948606700303>
- The Recovery Village. (2022). *PTSD is a common mental health condition that affects more than just veterans. Learn more about facts and statistics related to this condition as well as treatment outcomes*. Consultado em 2 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/ptsd/ptsd-statistics/>

- The University of North Carolina at Greensboro (UNCG). (2017). *Human Adaptation: Past and Future*. Consultado em 10 de setembro de 2022. Disponível em: <https://aas.uncg.edu/ashby/human-adaptation-past-and-future/>
- Trivedi, S. (2017). *Vicarious resilience: psychotherapists' experiences working with survivors of trauma*. (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de Pós-graduação em Serviço Social). Smith College, School for Social Work, Massachusetts, USA. <https://scholarworks.smith.edu/theses/1947>
- Tsirimokou, A., Kloess, J. A., & Dhinse, S. K. (2022). Vicarious Post-traumatic Growth in Professionals Exposed to Traumatogenic Material: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380221082079. <https://doi.org/10.1177/15248380221082079>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Hamby, S. L., Shattuck, A., & Ormrod, R. K. (2011). Specifying type and location of peer victimization in a national sample of children and youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(8), 1052–1067. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9639-5>
- Vang, M., Gleeson, C., Hansen, M., & Shevlin, M. (2020). Covariates of burnout and secondary traumatisation in professionals working with child survivors of trauma: A research synthesis, *The British Journal of Social Work*, 50(7), 1981–2001. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz117>
- Vieira, B. (2020). *Modificações Corporais: um diálogo entre corpo e psiquismo*. (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro, Faculdade de Psicologia, Rio de Janeiro, Brasil.
- Vandenberghe, L., & Silvestre, R. L. S. (2014). Therapists' positive emotions in-session: Why they happen and what they are good for. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(2), 119-127. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.790455>
- Walsh, F. (2016). Family Resilience: A Developmental Systems Framework. *European Journal of Developmental Psychology* 13 (3): 313-324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Way, I., VanDeusen, K., & Cottrell, T. (2007). Vicarious trauma: Predictors of clinicians' disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of child sexual abuse*, 16(4), 81-98. https://doi.org/10.1300/j070v16n04_05
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD. Consultado em 13 de novembro de 2022. Disponível

em: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

- Wu, Y., Sang, Z. Q., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2020). The relationship between resilience and mental health in Chinese college students: a longitudinal cross-lagged analysis. *Frontiers in psychology*, 11, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108>

Lista de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

Processo Vicariante em trauma e resiliência nos Assistentes Sociais

INVESTIGADOR COORDENADOR/ORIENTADOR:

Manuel João Quartilho/ Joana Proença Becker

INVESTIGADOR:

Bruno Filipe Ormonde Marote de Sousa

MORADA:

Canada Dos Álamos, nº13. 9700-715 – Terra-Chã

CONTACTO TELEFÓNICO:

917912187

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo por apresentar as condições necessárias à amostra selecionada para o desenvolvimento do tema.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo/a acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Caso não tenha qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário.

Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em vários órgãos sociais enquadrados nos concelhos de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, Ilha Terceira, e tem por objetivos abordar a temática conceptual do processo vicariante e verificar a sua prevalência sintomática nos Assistentes Sociais da ilha Terceira, nomeadamente a prevalência de sintomas de trauma e a presença de resiliência vicariante. Trata-se de um estudo académico com fim à conclusão de mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Universidade de Coimbra.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo visa verificar a prevalência de sintomas de trauma vicariante e de resiliência vicariante nos Assistentes Sociais da Ilha Terceira (n=40), através da realização de entrevistas semiestruturadas. Para tanto, foi elaborado um inquérito de avaliação que inclui questões sobre caracterização sociodemográfica, experiências stressantes, fatores de resiliência, busca por apoio psicológico e/ou psiquiátrico, estratégias de coping e os seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), PTSD Checklist-5 (PCL-5) e a Escala de Resiliência para Adultos (ERA). O investigador procede ao recrutamento de participantes por via presencial no local de serviço, email ou via contacto telefónico. O tempo estimado de entrevista individual é de 40 minutos e a duração de todo estudo dinamizado terá um período de dois meses de recolha de informação por entrevista e quatro meses posteriores para a análise de dados e conclusão de elaboração de conteúdo.

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

O investigador principal (Bruno Filipe Ormonde Marote de Sousa) encontra-se responsável pela reserva e tratamentos de todos os dados adquiridos, durante o período de investigação. A recolha de dados será efetuada através de entrevista semiestruturada presencial no local de serviço e por organização de reuniões Zoom. Os demais dados que possibilitam a verificação da prevalência de sintomas de trauma e de resiliência vicariante e da associação entre os fatores identificados, serão reservados pela transcrição digital em ficheiros word e tratados com o software SPSS. Todos os dados adquiridos serão armazenados em ficheiro pessoal e codificados, de modo a garantir a sua proteção, estando apenas disponível à visualização do investigador e terão prazo de conservação até à data de finalização estimada do estudo (01/06/2022). Em caso de publicação dos resultados obtidos pelo estudo, todos os participantes serão informados e assegurados pelo princípio de confidencialidade da sua identidade e dos seus dados.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

Sendo o objetivo a verificação de prevalência de sintomas de trauma e resiliência vicariante nos Assistentes Sociais, o questionário de entrevista, embora se focalizar na área de trabalho, envolve questões que podem ser consideradas pessoais pelo entrevistado.

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

A informação recolhida irá contribuir para uma maior compreensão do conceito e informar os profissionais intervenientes para os fatores de risco e proteção do processo vicariante.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Qualquer nova informação que possa ser relevante para a condição ou que possa condicionar a vontade de continuar a participar no estudo, será transmitida ao participante. Caso se verifique qualquer alteração nas finalidades do estudo, seja por alargamento da finalidade inicial, seja pela prossecução de novas e diferentes finalidades, será efetuado uma nova recolha de consentimento, junto do participante, de modo a contemplar a alteração às finalidades inicialmente propostas.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

Não se aplica.

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificará-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Não se aplica.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Não se aplica.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	BRUNO FILIPE ORMONDE MAROTE DE SOUSA
Morada	CANADA DOS ÁLAMOS, N.º13, 9700-715 – TERRA- CHÃ
Telefone	917912187
Email	BRUNO.SOUSA99@OUTLOOK.PT

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

NÃO ASSINE O FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

Processo Vicariante em trauma e resiliência nos Assistentes Sociais

Nome do Participante:

BI / CC:

Contactos:

Nome do Investigador: Bruno Filipe Ormonde Marote de Sousa

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- a. do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- b. da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- c. e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- d. que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;
- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;

- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Local e data:	Assinaturas
	Participante:
	Investigador (*):

(*) confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Anexo II – Guião de Entrevista

Parte I – Perfil de entrevistado

1. Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	4. Tem filhos? Sim * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> *Quantos? _____
2. Idade _____ anos	5. Está há quanto tempo na profissão? _____ anos
3. Estado Civil Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>	6. Escolaridade _____ anos
7. Área Ação Social <input type="checkbox"/> Trabalho com Idosos <input type="checkbox"/> Trabalho com crianças e jovens <input type="checkbox"/> Trabalho com toxicodependência <input type="checkbox"/> Apoio ao tribunal <input type="checkbox"/> Outra: _____	8. Atividades _____ _____ _____ _____ _____

Parte II – Histórico de eventos stressantes antes da profissão

1. Considera ter vivido algum evento possivelmente traumático antes da entrada na profissão?
2. Se sim, em que altura? (infância, adolescência, adultez)
3. Teve suporte familiar ou de amigos?
4. Que tipo de sintomas e emoções este evento acabou por lhe despertar?

Nervosismo Desmaios ou tonturas Irritação Ansiedade Medo Falta de confiança Perda de apetite Sem Esperança Frustração Indiferença	Solidão Isolamento Tristeza Dificuldade de concentração Perda do sono Vazio Desespero Culpa Desinteresse Perda do valor da vida Outros: _____	
--	---	--

5. Como é que influenciou a sua vida? (interações sociais, relações próximas, desempenho escolar ou em outras atividades, vivência com família)
6. Procurou ajuda profissional terapêutica? Se sim, que tipo de tratamento (psicoterapia, tratamento com medicamentos)? Por quanto tempo? Continua em tratamento?

7. Considera que esse(s) evento(s) continua(m) a afetar a sua vida? De que forma?

Parte III – Sintomas de possível trauma vicariante na profissão

1. Vivenciou algum evento stressante que lhe afetou emocionalmente, durante o exercício da profissão (nos últimos 5 anos)?
2. Teve alguma interação com o utente/ ouviu algum testemunho do utente que lhe causou sofrimento significativo?

(Se não, saltar para a quarta parte do questionário) *

3. Sentiu algum dos seguintes sintomas como consequência dessa interação?

Nervosismo	Solidão
Desmaios ou tonturas	Isolamento
Irritação	Tristeza
Ansiedade	Dificuldade de concentração
Medo	Perda do sono
Falta de confiança	Vazio
Perda de apetite	Desespero
Sem Esperança	Culpa
Frustração	Desinteresse
Indiferença	Perda do valor da vida
	Outros: _____

4. Por ouvir o testemunho de pessoas que passaram por situações de grande sofrimento, acredita que de algum modo os seus valores e crenças pessoais foram alterados?
 - Autoestima?
 - Dificuldade em relações interpessoais?
 - Empatia?
5. Sentiu que afetou o seu desempenho na profissão?
 - O seu desempenho profissional foi prejudicado?
 - O seu desempenho profissional melhorou após esse(s) evento(s)?
6. Quais foram as suas estratégias para lidar com o stress e as emoções provocadas por tal vivência?

Parte IV – Sintomas de possível resiliência vicariante

1. Ao acompanhar situações de resistência face às adversidades de vida, por parte dos utentes, sentiu-se influenciado pelas suas atitudes?
2. Se sim, em que aspetos influenciou a sua vida e inspirou-lhe a lidar com adversidades?

*** Parte V – Técnicas pessoais de distanciamento e neutralidade emocional (Apenas aplicável se a resposta à segunda pergunta da parte III tenha sido não.)**

1. Como respondeu que não sentiu forte influência emocional perante os relatos de utentes, que tipo de técnicas pessoais utiliza para conseguir manter resistência pessoal e equilíbrio perante essas adversidades potencialmente stressantes?

Anexo III – Lista de emoções

Nervosismo Desmaios ou tonturas Irritação Ansiedade Medo Falta de confiança Perda de apetite Sem Esperança Frustração Indiferença	Solidão Isolamento Tristeza Dificuldade de concentração Perda do sono Vazio Desespero Culpa Desinteresse Perda do valor da vida Outros: _____	
--	---	--

Anexo IV – Resultados do BSI

<i>Participantes (n=36)</i>	IGS	TSP	ISP
1	0.962	34	1.5
2	0.283	12	1.25
3	0.566	22	1.363
4	1.170	47	1.319
5	0.170	6	0.391
6	0.396	14	1.5
7	0.037	2	1
8	0.226	10	1.2
9	0.528	23	1.217
10	0.660	32	1.093
11	0.887	33	1.424
12	0.698	29	1.276
13	1.320	41	1.707
14	0.528	24	1.167
15	0.830	30	1.467
16	0.660	27	1.296
17	0.560	22	1.363
18	1.094	45	1.289
19	0.302	41	0.3902
20	0.962	32	1.593
21	0.453	14	1.714
22	0.528	18	1.555
23	0.340	14	1.285
24	0.321	16	1.062
25	0.792	29	1.448
26	0.340	10	1.8
27	0.226	12	1
28	0.849	30	1.5
29	0.849	30	1.5
30	0.943	37	1.351
31	0.226	9	1.333
32	0.623	28	1.178
33	0.509	18	1.5
34	0.453	16	1.5
35	0.302	11	1.454
36	0.472	20	1.25
